

KROONISEN SELKÄKIPUPOTILAAN KOKEMUKSIA KI-
VUNHOIDON OHJAUKSESTA LÄNSI-POHJAN KESKUS-
SAIRAALAN KIPUPOLIKLINIKALLA

Niva Nadj
Teppola Roosa

Opinnäytetyö
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

2016

Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

Tekijät	Nadja Niva, Roosa Teppola	Vuosi	2016
Ohjaajat	Aija Lämsä, Elli Peteri		
Toimeksiantaja	Länsi-Pohjan keskussairaala		
Työn nimi	Kroonisen selkäkipupotilaan kokemuksia kivunhoidon ohjauksesta Länsi-Pohjan keskussairaalan kipupoliklinikalla		
Sivu- ja liitesivumäärä	47 + 5		

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kroonisen selkäkipupotilaan kokemuksia kivunhoidon ohjauksesta Länsi-Pohjan keskussairaalan kipupoliklinikalla. Työn tavoitteena on selvittää kroonisen kipupotilaan kivunhoidon ohjauksen laatu potilaan näkökulmasta. Opinnäytetyön tehtävänä on saada palautetta kivunhoidon ohjauksesta teemahaastattelun avulla.

Työtä varten on haastateltu kolmea 40–60-vuotiasta vapaaehtoista Länsi-Pohjan keskussairaalan kipupoliklinikan asiakasta heidän kokemuksistaan kivunhoidon ohjaustilanteissa. Haastattelut olivat puolistrukturoituja, eli teemahaastatteluja, jotka nauhoitettiin myöhempää analysointia varten.

Työmme tulokset antavat Länsi-Pohjan keskussairaalan kipupoliklinikalle tietoa siitä, miten heidän asiakkaansa kokevat kivunhoidon ohjauksen poliklinikalla. Tästä työstä käy ilmi, että asiakkaat ovat tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen.

Avainsanat krooninen selkäkipu, ohjaus, kokemuksia, kipupoliklinikka

School of Social and Healthcare
Degree Programme in Nursing
Nursing

Author	Nadja Niva, Roosa Teppola	Year	2016
Supervisor	Aija Lämsä, Elli Peteri		
Commissioned by	Länsi-Pohjan keskussairaala		
Subject of thesis	Counselling experiences of chronic back pain patients in the Outpatient Clinic of Pain Management in Länsi-Pohja's Central Hospital		
Number of pages	47 + 5		

The purpose of this thesis was to examine how patients experienced pain management counselling in the Outpatient Clinic for Pain Management in Länsi-Pohja's Central Hospital. The aim was to find out the quality of counselling from the patients' point of view.

Three 40-60-year-old volunteers were interviewed on their views on the quality of counselling in Länsi-Pohjan keskussairaala's Outpatient Clinic for Pain Management. The interviews were focused interviews that were recorded for future referencing and analysis.

Our results give important information to Länsi-Pohja's Central Hospital's Outpatient Clinic for Pain Management regarding patients' views on their counselling. We found out that mostly the volunteer interviewees were happy with the counselling they received, but had a few ideas to improve the counselling in the Outpatient Clinic. A few examples include the creation of small group counselling sessions and making use of other chronic pain patients and their experiences in pain management in small group sessions.

Key words chronic back pain, counselling, experiences, outpatient clinic, pain management

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 KIPU.....	8
2.1 Krooninen kipu	8
2.2 Kivunhoidon periaatteet	9
2.3 Kipu ja liikunta	10
3 OHJAUS.....	12
3.1 Asiakkaan ohjaus.....	12
3.2 Omaisten ohjaus	16
3.3 Vuorovaikutus ohjaussuhteessa.....	17
3.4 Vertaistuki	19
3.5 Psyykkinen hyvinvointi	21
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ	22
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	23
5.1 Tutkimusmenetelmä	23
5.2 Aineiston keruu ja analysointi	24
5.3 Aineiston analyysi	26
6 TUTKIMUSTULOKSET	28
6.1 Ohjaus	28
6.2 Psyykkinen hyvinvointi	30
6.3 Kivun lievitys	32
6.4 Avoimet kysymykset.....	34
7 JOHTOPÄÄTÖKSET	36
8 POHDINTA	37
8.1 Tutkimuksen eettisyys.....	37
8.2 Tutkimuksen luotettavuus.....	38
8.3 Yleispohdinta	40
LÄHTEET	43

LIITTEET.....	47
---------------	----

1 JOHDANTO

Viime vuosina kivun ja mielen yhteys on tunnistettu aiempaa selkeämmin. Tiedetään, että kipupotilas tulisi hoitaa biopsykososiaalisena kokonaisuutena, eli kokonaisvaltaisesti. Ahdistuneisuus, hätä, pelko, masennus ja psyykkinen kuormittuneisuus altistavat kivun kroonistumiselle. Virheelliset uskomukset ovat myös kroonistumisen riskitekijöitä. Sosiaalisen tuen puute, ymmärtämättömyys ja ylihuolehtivuus ovat myös riskitekijöitä. (Kovasiipi 2013, 12-14)

Kaikki tuntevat joskus kipua, fyysistä tai psyykkistä. Fyysinen kipu voi muuttua psyykkiseksi kivuksi, mikäli se haittaa elämää pitkään. Kipu on kärsimystä, joka voi muokata ihmisen persoonallisuutta muuttuessaan pitkäaikaiseksi, eli krooniseksi. Krooninen kipu määritellään kivuksi, joka on kestänyt yli kolme kuukautta yhtäjaksoisesti. Kroonistuessa kipuun etsitään monesti fyysistä, eli somaattista, syytä ja avuksi haetaan paikallista, eli palliatiivista parannuskeinoa. Inhimillisyys unohtuu tällöin kivunhoidon ohjauksesta. Ihminen nähdään objektina hoitotilanteessa sen sijaan, että hän on kokonaisuus. Vain kivun fyysinen aiheuttaja korjataan. Tämä voi aiheuttaa henkilölle ristiriitaisen tilanteen, riittämättömyyden tunteen, jos häntä ei kohdata kokonaisvaltaisesti. Ristiriita voi puolestaan tuottaa lisää psyykkistä kipua joka oireilee fyysisenä kipuna. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 12–13)

Potilasohjauksessa tärkeintä on asiakaslähtöisyys, ohjattavan ja ohjaajan asiantuntijuus sekä heidän vastuullisuus kivunhoidosta. Tässä opinnäytetyössä käytetään potilasohjaus sanan tilalla asiakasohjausta, sillä se korostaa enemmän yksilöstä lähtevää ohjausta. Asiakaslähtöisessä ohjauksessa keskitytään asiakkaan yksilölliseen oppimistarpeeseen. Asiakas käy ohjaajan kanssa läpi henkilökohtaiset asiansa liittyen kroonisen kivunhoitoon, sitoutuu hoitoon ja sen tavoitteisiin. Yhdessä asiakas ja ohjaaja etsivät tapoja toimia, jotka sopivat parhaiten juuri sillä hetkellä asiakkaalle. Ohjaajan tehtävänä on antaa asiakkaalle mahdollisuus ratkoa omia ongelmiaan, käsitellä omia kokemuksiaan ja oppia käyttämään olevia resursseja hyödyksi omassa kroonisen kivun hoidossa. Ohjaaja tukee, auttaa ja mahdollistaa asiakasta löytämään erilaisia tapoja kroonisen kivun hoitoon.

(Kyngäs & Hentinen 2008, 77–78) Ohjaaja voi myös ohjata asiakkaan vertaistukiryhmään, sillä siellä hän voi tulla kuulluksi ja ymmärretyksi ja jakaa omia kokemuksiaan (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2014, 242). ”Kivusta, ahdistuksesta ja unettomuudesta syntyy helposti itseään ruokkiva kierre, jossa fyysiset ja psyykkiset oireet vahvistavat toisiaan ja toimintakyky heikkenee, sanoo neurologian dosentti Maija Haanpää” (Kovasiipi 2013, 13).

Tässä opinnäytetyössä käytetään käsitettä asiakasohjaus potilasohjauksen sijaan, koska tässä tutkimuksessa korostetaan yksilöstä lähtevää ohjaustapaa. Asiakasohjaus on keskeinen hoitotyön osa-alue. Ohjaus on niin keskeinen osa-alue hoitotyötä, että sitä on vaikea erottaa muusta hoidosta. Tämä luo haasteita myös sen tutkimiselle. (Heikkinen, Kivipää, Krook, Kuoppamaa, Saulio, Taini-Jokilanto, Takalo & Tuohimaa 2014, 19)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kerätä kroonisen selkäkipupotilaan kokemuksia kivunhoidon ohjauksesta Länsi-Pohjan keskussairaalan kipupoliklinikalla. Työn tavoitteena on selvittää kroonisen kipupotilaan kivunhoidon ohjauksen laatu potilaan näkökulmasta. Opinnäytetyön tehtävänä on saada palautetta kivunhoidon ohjauksesta teemahaastattelun avulla. Aihe on valittu ja rajattu kroonisen selkäkipupotilaan kokemuksiin asiakasohjauksesta, sillä krooninen kipu ja asiakkaan kokemukset ja ohjaustilanteet ovat tärkeä osa hoitotyötä. Hoitajien on tärkeä huomioida asiakkaan omat kokemukset hoidossa, jotta luottamussuhde syntyy ja hoito on tarpeeksi kattavaa sekä psyykkisesti että fyysisesti.

2 KIPU

Kipu on yksilöllinen tunne- ja aistikokemus, johon liittyy usein kudосvaurio, joka ilmenee käyttäytymisessä. Kipu luokitellaan monin eri tavoin, kuten sen aiheuttajan mukaan esimerkiksi neuropaattinen ja tulehduksellinen. Kivun keston perusteella kipu luokitellaan akuuttiin ja krooniseen kipuun, vaikkakin reumakivuissa ilmentyy akuutteja ja kroonisia kipujaksoja. Kipu voidaan tarkentaa nimen sen sairauden diagnoosin mukaan. Kaiken tämän lisäksi kipu voidaan luokitella sen sijaitsemiskohdan mukaisesti esimerkiksi somaattinen kipu, jolloin se on peräisin ihosta ja sen alaiskudoksista. Voidaan sanoa, että kipu on ”aivoissa”, sillä kivun laadun, voimakkuuden, keston ja paikan analysointi tapahtuu aivokuoressa. Aivokuori käsittelee ihmisen tietoista ja tahdonalaista toimintaa. (Scholz & Woolf 2002; Herrala, Kahrola & Sandström. 2008, 162-163; Väisänen 2011, 113)

2.1 Krooninen kipu

Krooninen kipu on kipua, joka ei lievene, vaikka elimistö korjaa esimerkiksi kudосvaurion josta kipu on lähtenyt liikkeelle. Nykyään tiedetään, että krooninen kipu muodostuu eri tavalla kuin akuutti kipu. Sen takana voi olla esimerkiksi kivunsäätelymekanismin viestityksen vika, jota eri tekijät voivat ylläpitää. (Kalso ym. 2009, 104–108)

Krooninen kipu jaotellaan kolmeen osaan kipumekanismin mukaan: kudос-, hermovauriokipu tai tuntemattomasta syystä johtuva kipu. Kipu voi olla kroonista kudосvauriokipua, joka syntyy toistuvasta kudосvauriosta, tulehduksesta kudосsessa, esimerkiksi reumasairauksissa. Hermovauriokivun aiheuttaa vaurio kipuviestin kuljettavassa järjestelmässä. Vaurioita on monenlaista; hermopäätteet, niistä selkäyttimeen kulkevat hermosäikeet tai selkäytimen nousevat kipuradat ovat vaurioituneet; lisäksi esimerkiksi aivojen aistikeskuksissa tai kivunsäätelyyn osallistuvissa keskuksissa voi olla häiriö. Krooninen kipu voi myös johtua tuntemattomista syistä ja asiakas voi näyttää täysin terveeltä ja hyvinvoivalta eikä hänellä todeta näkyviä hermo- tai kudосvaurioita. Kipu voi silti olla yhtä lamauttava kuin näkyvä kudос- tai hermovaurio. (Kalso ym. 2009, 109–115)

Kivunhoito on yksilöllisiä ja oireita hoitavaa hoitoa kroonisilla kipupotilailla. Mitä nopeammin kipuoireita ryhdytään hoitamaan, sitä paremmin hoidot tehoavat. Kroonista kipua hoidetaan pääsääntöisesti lääkkeillä, mutta monesti kroonisen kivun lääkehoidon tueksi yhdistetään myös esimerkiksi fysikaalinen hoito. Eri ammattiryhmiä hyödynnetään kroonisen kipupotilaan hoidossa. Lääkärin lisäksi kivunhoidossa hyödynnetään myös fysioterapeuttia tai kipuhoitajaa. Lähtökohtaisesti kroonisesta selkäkivusta kärsivän henkilön kuntouttaminen on kaiken a ja o. Asiakkaan tulisi vahvistaa selkä- ja vatsalihaksia sekä voimistella, jotta selän lihakset vahvistuisivat. Säännöllinen ja sopiva liikunta vahvistaa selän lihaksia, jolloin selkärangan lihakset rasittuvat mahdollisimman vähän. Nivelet pysyvät liikkuvina ja niiden vaurioitumisen riski vähenee. Myös työergonomian merkitys on tärkeää ja työasennon korjaus tukee kroonisen kivun hoitoa. Toisinaan uudelleenkouluttautuminen toiselle alalle voi olla parasta työkyvyn säilyttämiseksi. (Vainio 2004, 47–48; Weller 2006, 50)

2.2 Kivunhoidon periaatteet

Kivun hoidon lähtökohta on kivusta kärsivän potilaan kivun hoitamista hoitotyön keinoin. Kivun hoitotyötä ja siihen liittyvää päätöksentekoa seurataan hoitotyön prosessin edetessä potilaan kivunhoidon tarpeen määrittelystä, toiminnan toteuttamiseen ja sen arviointiin. Kivunhoidon arvioinnin perusteella potilaan hoitosuunnitelmaa tarkistellaan säännöllisin väliajoin tavoitteiden saavuttamisen taakamiseksi. (Hoitotyön suositus, Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö, 2013, 5-6)

Potilasohjauksella on suuri rooli hoitotyön toimintona, koska sen tavoitteena on taata potilaan riittävä informointi, jota voidaan hyödyntää päätöksenteossa potilaan hoitotyössä. Laadukkaalla ohjauksella voidaan lieventää kipuun liittyvää ahdistusta, pelkoa, kehittää kivunhoidon laatua, lisätä potilaan tyytyväisyyttä kivunhoitoon, edesauttaa kivunhoitoon sitoutumista ja nopeuttaa potilaan parantumista. (Hoitotyön suositus, 2013, 5-6)

Käypä hoito -suositukseen (Kipu, 2015) on selkeästi laadittu kivunhoidon periaatteet. Niihin kuuluu muun muassa huolellinen arvio potilaan kivusta ja kokonaistilanteesta, hoidon kulun ja kuntoutuksen suunnittelu yhdessä potilaan kanssa sekä potilaalle kustomoitu kivunlievitys. Ensisijaisesti käytetään lääkkeitöntä hoitoa kivun lievitykseen, mutta lääkehoito voidaan yhdistää tarvittaessa. Potilaalle on kerrottava hoitonsa hyödyt ja mahdolliset haitat selkeästi, jotta hän voi itse päättää hoidostaan. Tavoitteena on aina kivun lievittyminen, toimintakyvyn kohenneminen ja elämänlaadun paraneminen.

2.3 Kipu ja liikunta

Kivun vaikutuksesta aivot valpastuvat ja hermosto aktivoituu tuottamaan hälytystilan elimistössä. Aikaisemmat kipukokemukset, niiden kesto ja tuottamat haitat voivat aiheuttaa ihmiselle pelkoa ja ahdistusta. Liikunta vapauttaa aivoissa rentouttavaa mielihyvähormonia, beeta-endorfiiniä. Lisäämällä liikuntaa ja opettelemalla rentoutumaan voidaan Katkon (2013) mukaan lieventää kivusta aiheutuvia mielialan muutoksia, kuten masennuksen oireita. Rentoutuminen auttaa myös lievittämään kipua ja särkyä. Liiallisen stressin ja jännityksen merkit voivat myös vaimentua rentoutumisen myötä. (Herrala, Kahrola & Sandström 2008, 171-172)

Liikunta on yksi tärkeimmistä lääkkeettömistä hoitokeinoista. Käypä hoito -suosituksissa (2015) se on yksi kivunhoidon periaatteiden pääpilari. Myös erilaiset kylmä- ja kuumahoidot, kognitiivis-behavioraalinen terapia ja TNS-hoidot (transkutaaninen hermostimulaatio) ovat tärkeä osa kivunhoitoa ja sen lievitystä. Toisinaan kipupotilaat käyttävät vaihtoehtoisia kivunlievitysmenetelmiä lievittämään kokemaansa kipua hetkellisesti. Vaihtoehtoisia kivunlievitysmenetelmiä ovat muun muassa jooga ja tai chi, akupunkio ja laserakupunkito, aromaterapia ja lämpö- ja kylmähoidot, tärinähoito ja sähköinen stimulaatiohoito (Väisänen 2011, 97). Monikansallinen tutkimus tukee liikunnan merkitystä kivunhoidon hallinnassa. Tutkimuksessa selvisi, että krooninen kipu on yleinen ongelma eurooppalaisille. 19 % kärsii kovasta kroonisesta kivusta ja jopa 54 % heistä koki kotitöiden tekemisen hankaloituneen kivun myötä. 79 %:lla kipu paheni aktiviteetin myötä. Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen & Gallacherin (2006) tutkimuksesta selviää kuinka krooninen kipu selkeästi rajoittaa kivusta kärsivän elämää ja elämänlaatu

huononee. Myös sosiaaliset kanssakäymiset hankaloituivat (48 %) ja itsenäinen elämä rajoittui lähes kolmasosalla (30 %) osallistujista. Kujalan (2014) mukaan liikuntahoito, eli sairauksien hoidossa käytetty liikunta, parantaa kroonisesti sairaiden henkilöiden toimintakykyä. Säännöllinen liikunta edistää sekä lihasvoimaa että kestävyyskuntoa.

Angel, Jensen, Gonge, Maribo, Schiøttz-Christensen ja Buus (2012) tutkivat kroonisia alaselkäkipupotilaita Tanskassa. Tutkimuksesta selvisi, että haastateltavat tanskalaiset alaselkäkipupotilaat kokivat hoitohenkilökunnan tapaamiset masentavina. He kokivat, että heidän kipuaan ei otettu tosissaan, joka pahensi tilannetta. Monilla potilaista oli vaikeuksia löytää oikea tapa kuvailla alaselän kipua ja hyödyntää ammattilaisten tietoa. Tutkimuksessa hoitohenkilökunta ja fysioterapeutit tapasivat potilaita säännöllisesti ja antoivat ohjausta ja selviytymiskeinoja intervention, väiintulon, muodossa. Suurin osa haastateltavista koki intervention positiivisena ja auttavana tekijänä. He saivat konkreettista apua ja kokivat sekä mielialan että fyysisen kunnon ja hyvinvoinnin kohenemista. Ainoastaan kaksi osallistujaa eivät kokeneet hyötyvänsä interventioista, sillä he eivät pystyneet ylläpitämään määrättyä liikkumisen määrää. He kokivat selkävivun hallitsemiseksi osaksi elämäänsä, jolle ei voi tehdä mitään. Johtopäätöksenä tästä tutkimuksessa selvisi, että liikunta voi edesauttaa kroonisen selkäkipupotilaan palautumista työhön, jos hän on tarpeeksi motivoitunut ja saa tukea sekä hoitajilta että esimerkiksi fysioterapeutilta. Tutkimustulokset ovat samalla linjalla aikaisempien tutkimusten kanssa.

Ylisen, Vuorenmaan, Palonevan, Kivirannan, Oikarin ja Häkkisen (2013) tutkimuksen mukaan noin puolet tutkittavista olkakivusta kärsivistä kipupotilaista raportoivat liikkeen ohjauksen puutteesta ennen olkapään kiertäjäkalvosinleikkausta, vaikka liikkeiden ohjauksella leikkaus olisi todennäköisesti voitu välttää. Suurimmalla osalla potilaista kipu helpotti leikkauksen jälkeen, mutta osa kärsi edelleen kivusta ja liikkeenrajoituksesta. Osa ei saanut liikkeiden ohjausta leikkauksenkaan jälkeen, vaikka se olisi ollut erityisen tärkeä osa toipumista.

3 OHJAUS

3.1 Asiakkaan ohjaus

Asiakasohjauksella tarkoitetaan hoitotyössä useimmiten ammatillista toimintaa, joka on tavoitekeskeinen hoito- ja opetusprosessi. Se on hoitajan ja asiakkaan välistä tietoa, tavoitteellista ja suunnitelmallista vuorovaikutusta, toisin sanoen hoitosuhde (Mäkelä, Ruokonen & Tuomiokoski 2001, 12). Asiakasohjauksessa tärkeintä on asiakaslähtöisyys, ohjattavan ja ohjaajan asiantuntijuus sekä molempien vastuullisuus hoidosta. Asiakaslähtöisessä ohjauksessa keskitytään asiakkaan henkilökohtaiseen oppimistarpeeseen. Hän käy ohjaajan kanssa läpi henkilökohtaiset asiansa ja sitoutuu hoitoon ja etsii sellaisia tapoja toimia, jotka sopivat juuri sillä hetkellä hänelle. Ohjausprosessiin kuuluu ensin määritellä ohjauksen tarve, sitten suunnitellaan sen kulku, toteutetaan ohjaus ja lopuksi arvioidaan sen onnistuminen ja vaikuttavuus. Ohjaajan tehtävänä on antaa asiakkaalle mahdollisuus ratkoa omat ongelmansa, käsitellä kokemuksiaan ja käyttämää resurssejaan hyödyksi. (Kyngäs & Hentinen 2008, 77–78; Lipponen 2014, 17-18; Iso-Kivijärvi, Keskitalo, Kukkola, Ojala, Olsbo, Pohjola & Väänänen 2006, 10; Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 23-24)

Jokaiseen ohjaustilanteeseen kuuluvat konsultaation ja oppimisen elementit. Elementit vaihtelevat ja painottuvat tilanteesta riippuen eri tavoin tavoitteesta, ajasta elämäntilanteesta ja puheeksi otetusta asiasta riippuen. Kysymys on uuden oppimisesta, halusta kasvaa ja kehittyä. Ohjattavan tavoitteena on laatia hoitajan kanssa uusia toimintamalleja, jotka helpottavat arkea. Tavoitteita mietittäessä selviää, mitkä ovat kulmakiviä uuden mallin ylläpidossa. (Vänskä, Laitinen-Väänänen & Kettunen 2014, 19, 64, 73) Ohjauksen on oltava voimaannuttavaa. Voimaantuminen on henkilön minän vahvistumista. Siihen kuuluu pyrkimys parantaa itsensä ja toimintansa kontrollia ja hallintaa. ”Vastuun ottaminen itsestä vapauttaa voimaantumaan ja voi johtaa elämänhallinnan tunteen kehittymiseen.” (Herrala, Kahrola & Sandström 2008, 151-154)

Ohjaaminen sisältää monitahoista eriammattikäytäntöjä hyödyntävää ja yhdistävää toimintaa. Ohjaustilanteessa hoitaja tarjoaa asiakkaalle aikaa, huomiota ja

kunnioitusta, ja täten asettuu hänen palvelukseensa. Yhteisenä päämääränä on tutkia ohjattavan tilannetta, tulla kuulluksi ja elää paremmin. Asiakasta ohjattaessa hoitajan ja tämän välille muodostuu luottamuksellinen ja turvallinen hoitosuhde. Asiakasohjaus vähentää asiakkaan kokemaa ahdistusta ja pelkoa uudesta ja oudosta tilanteesta, kroonisesta sairaudesta. Ohjaaja auttaa asiakasta löytämään erilaisia tapoja löytää voimavaroja sairauden käsittelemiseen. (Kyngäs & Hentinen 2008, 77–78; Torkkola ym. 2002, 23-24, 30; Vänskä, Laitinen-Väänänen & Kettunen 2014, 16)

Asiakkaiden ohjauksella on todettu olevan positiivisia vaikutuksia asiakkaiden hoitoon. Se auttaa myös hallitsemaan esimerkiksi kipua, antaa itseluottamusta itsehoidon toteuttamiseen, hoitoon sitoutumiseen sekä arkipäivästä selviytymiseen. Hyvä ohjaus lähtee asiakkaan tiedon tarpeista ja se rakentuu hänen esittämistään ja tärkeäksi kokemistaan asioista sekä taustatekijöistä. Mitä pienempi ero asiakkaan tiedollisilla odotuksilla ja kokemuksilla tiedonsaannista on, sitä parempi mahdollisuus hänellä on kehittää hallinnan tunnettaan ja ohjaus koetaan onnistuneeksi. Asiakaslähtöinen ohjaus lisää asiakkaan tiedollisia valmiuksia, osallistumismahdollisuuksia omaan hoitoonsa, hoito-ohjeiden noudattamista ja tyytyväisyyttä sekä vähentää oireiden määrää ja terveystalvelujen turhaa käyttöä. (Johansson, Salanterä & Katajisto 2007; Lipponen 2014, 17)

Koelling, Johnson, Cody ja Aaronson (2005) vertasivat sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden ohjausryhmiä. Toinen ryhmä sai kohdennettua ohjausta hoitajalta ennen kotiin lähtöä ja toinen ryhmä ei. Potilaat, jotka saivat ohjausta, tulivat vähemmän todennäköisesti sairaalaan uudestaan 180-päivän tutkimusajavälillä. Samat potilaat raportoivat myös herkemmin tautikohtaisia itsehoitokäytäntöjä. Hyvän potilasohjauksen tulisi kuulua hoitoon sydämen vajaatoimintapotilailla. Tutkimusta voidaan verrata kroonisen kipupotilaan ohjaukseen, koska ohjaus voi auttaa ja kannustaa myös kipupotilasta vaivansa hoitoon, jolla voidaan mahdollisesti hidastaa tai estää kivun kokemista.

Ohjauksen tavoitteena on potilaan hyvinvoinnin edistämisen. Ohjaustilanteessa esiintyy eettisiä kysymyksiä muun muassa asiakkaan oikeuksiin, yksilöllisyyteen

ja autonomiaan liittyen. Ohjaustilanteissa on tärkeä pyrkiä säilyttämään ohjattavan tarve hallita omaa elämäänsä, olla yksilöllinen ja suojella vapauttaan ja yksityisyyttään. Ohjattavan on saatava tehdä omia päätöksiä hoitoon liittyen. Ohjaustilanteessa ohjaajan on tukeuduttava näyttöön perustuviin tutkimuksiin ja käytäntöihin, mutta hänen on myös otettava ohjattavan autonomisuus huomioon. Ohjaajan on pohdittava omaa toimintatapaansa eettiseltä näkökannalta ja päivitettävä eettistä työskentelyään sekä kunnioittaa ohjattavan yksilöllisyyttä. (Sosiaali- ja terveysministeriö, Terveystieteiden eettiset ohjeet/ETENE; Kyngäs ym. 2007, 154)

Asiakasohjauksessa korostuu asiakkaan omien tarpeiden määrittely, jotta asiakas sitoutuu hoitoon. Ohjauksen on oltava tuloksellista ohjausta, jossa asiakas pitää ohjausta tärkeänä ja merkityksellisenä asiana. Vuorovaikutus on oltava molempienpuolista ja sekä ohjaajan että ohjattavan on oltava aktiivisia osallistujia. Asiakkaasta sairauteen liittyvä ohjaus voi tuntua vaikealta ja tällöin pelkkä hoitajan läsnäolo ja kuuntelu voi laukaista vaikean tilanteen. Hän tuntee saavansa tarvitsemaansa psyykkistä ja sosiaalista tukea. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 40; Torkkola ym. 2002, 27)

Aina asiakkaat eivät koe hoitohenkilökunnan ymmärtävän kuinka paljon kipu rajoittaa arkielämän toimintoja. Asiakkaat toivoisivat, että hoitohenkilökunta kysyisi asiakkailta kivusta, kuuntelisivat ja huomioisivat kivun todellisuuden ja sen vaikutukset arkielämän tilanteisiin. He myös toivoisivat saavansa tietoa, varmistusta ja tukea lääkehoitoon liittyen. (Budge, Carryer & Boddy 2012)

Ohjaustilanteissa on muistettava asiakkaan itsemääräämisoikeus. Hän on vapaa tekemään omia päätöksiä omaan elämään ja hyvinvointiin liittyen. Itsemääräämisoikeus rajoittuu, jos asiakasta ei informoida riittävästi hoidosta tai hän ei kykene ymmärtämään annettua tietoa. Tiedonantaminen on huolenpitoa, luonteeltaan empaattista ja läsnä olevaa. Ohjaustilanteen on myös oltava oikeudenmukainen, jossa yksilön tarpeet kohdataan, syrjinnältä vältytään ja yksilön itsenäisyys säilyy. (Hankonen, Kaarlela, Palosaari, Pinola, Säkkinen, Tolonen & Virola 2006, 26)

Ohjausprosessiin kuuluu kolme vaihetta; ohjattavan ja ohjaajan taustatekijöiden selvittäminen, ohjaussuhteen rakentaminen ja sen arviointi. Ensimmäiseksi ohjaajalla tulee olla ammatillinen osaaminen ohjauksen antamiseen, jolloin hän osaa tunnistaa omien taustatekijöiden mahdollisen vaikutuksen ohjaustyöhönsä. Ammatillisesti omien taustatekijöiden ei tule vaikuttaa, jotta ohjaus on hyvää. Ohjauksen alkaessa ensimmäisillä kerroilla ohjaajan tulee selvittää asiakkaan ohjaamiseen vaikuttavat taustatekijät. Ohjaussuhde rakentuu sen mukaan, kun ohjaajan ja asiakkaan välinen vuorovaikutus syvenee ja luottamus toisia kohtaan kasvaa. Ohjaussuhteen laatua tulee arvioida säännöllisin väliajoin ohjaajan toimesta ja myös asiakkaan kanssa yhdessä. Kaikista tärkein ohjausprosessin elementti on ohjaussuhde asiakkaan ja ohjaajan välillä. Molemman osapuolen sekä asiakkaan, että ohjaajan sitoutuminen on tärkeää, jotta ohjauksesta saadaan irti parhaimmat hyödyt. (Kyngäs & Hentinen 2008, 81–82; Iso-Kivijärvi ym. 2006, 11)

Ohjauksen alussa on hyvä selvittää molempien konteksti, eli asiakkaan ja hoitajan taustatekijät sekä tunnistaa asiakkaan tämänhetkinen tietoperusta. Ohjauksessa huomioon otettavat taustatekijät ovat hänen fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja ympäristöön liittyvät erityishuomiot. Nämä on huomioitava ohjaustilanteissa. Taustatekijät selvitetään keskustelemalla yhdessä ohjattavan kanssa hänen elämäntilanteestaan ja mahdollisesti menneisyydestään. Hänen elämänsä ja tarpeitaan kartoitetaan, jolloin syntyy ohjaussuhde. Molemminpuolisen keskustelun, vuorovaikutuksen, myötä kehittyä kiintymyssuhde ja ohjaussuhde paranevat. Mitä parempi ohjaussuhde, sen helpompi ohjaajan on saada ohjattava sitoutumaan hoitoon. (Kyngäs ym. 2007, 47–48; Kyngäs & Hentinen 2008, 82–83)

Ohjaamistyyliillä on merkitystä asiakkaan ohjaamisessa, koska uudet tilanteet, stressaantuneisuus, väsymys tai liian nopeat päätöksentekoaikaiset voivat johtaa vanhoihin käyttäytymismalleihin. Pysyviä muutoksia ohjattaessa on vahvistettava ja ohjattava asiakasta muutosten konkreettiseen toteuttamiseen. Tapoja on käsiteltävä monipuolisesti ohjauksissa. Näin voidaan asettaa realistisia tavoitteita ja saavuttaa ne yhdessä. ratkaisukeskeisessä työtavassa keskitytään asiakkaan motivoimiseen ja toiveikkuuden vahvistamiseen sekä voimavarojen löytämiseen. (Vänskä ym. 2014, 18, 74)

Ranivoharioa, Chauveau, François, Nazaris, Arnautou ja Mervillen (2015) tutkimuksessa dialyysihoitoa aloittavat uudet potilaat jaettiin kolmeen eri ryhmään ja jokainen ryhmä saivat erilaista ohjausta. Ensimmäinen ryhmä sai munuaislääkkeitä, toinen ryhmä sai lääkkeiden lisäksi sairaanhoitajalta ohjausta ja kolmas ryhmä sai sekä sairaanhoitajalta että ravitsemusterapeutilta ohjausta lääkityksen rinnalla. Kolmannen ryhmän potilaiden tarve äkilliselle dialyysihoidolle väheni huomattavasti. Ohjaukset vähensivät myös perussairauksien esiintymistä, paransivat elämänlaatua ja auttoivat potilaita selviytymään arkielämästä. Kipua hoidettaessa tulee ihminen ottaa huomioon biofyysisenä kokonaisuutena ja näin voimme viitata edellä olevaan tutkimukseen, joka pätee myös kroonisen kipupotilaan hoidossa ja ohjauksessa.

3.2 Omaisten ohjaus

Hoitotyö on yksilökeskeistä työtä ja tutkimuksissa on todettu, että kaikki hoitotyöntekijät eivät tunnista perheenjäsenten kohtaamista osaksi potilaan kokonaishoitoa tai heillä ei ole taitoja siihen (Halme 2007). Mattilan (2011) tutkimustulosten mukaan suuri joukko omaisia jää sairaalassa ulkopuolelle tilanteista, joissa heillä olisi mahdollisuus omaksua hoitoon liittyviä taitoja.

Omaisia ei todennäköisesti kutsuta tarpeeksi aktiivisesti ohjaustilanteisiin mukaan. Heidän kohtaamiseen riittää, että kysyy yksinkertaisia kysymyksiä, kuten: "Mitä kuuluu?", "Miten jaksatte kotona?" Heille tulee tunne, että heistä välitetään. Heidän jaksamisen voi taata ohjaajan tai muun hoitohenkilökunnan tarjoama tuki ja apu. Omaiset tarvitsevat hoitohenkilökunnalta aktiivista tukea ja tietoa sairaudesta ja sen kulusta, jotta he pystyvät käsittelemään läheisensä sairauden aiheuttamaa stressiä. He tarvitsevat tietoa pyytämättä. Paavilaisen, Lehden, Åstedt-Kirjen ja Tarkan (2006) tutkimuksessa kävi ilmi, että mitä enemmän hoitajat antoivat tiedollista tukea perheelle, sitä paremmin he kykenivät toimimaan yhdessä. Epävarmuus vaikuttaa negatiivisesti omaisen henkiseen tasapainoon ja vihahtuttaa ja pelottaa heitä. Emotionaalista tukea voi antaa kuuntelemalla, keskustelemalla, hyväksymällä tunteet, olemalla läsnä ja ylläpitämällä realistista toivoa. Omaisen merkitys asiakkaan itsehoidon tukemisessa on suuri (Jurvelin, Kyngäs & Backman 2005). Ohjaajan tulisi rohkaista myös omaisia puhumaan

tunteista, mikäli tuntee siihen olevan tarvetta. (Heiskanen 2005, 59–68; Potinkara 2004, 115; Anttila, Kukkola, Mattlar, Moilanen, Risteli-Ahola, Haapsaari, Koivikko & Verronen 2006, 44–46)

Anttila ym. (2006, 46–51) ovat keränneet suosituksia omaisten ohjaukseen. Ensin on hoitajan selvitettävä kenelle ja minkälaisia tietoja ja ohjausta asiakas haluaa jakaa omaistensa kanssa. Hoitaja voi rohkaista omaisia osallistumaan ohjaustilanteisiin saatuaan luvan asiakkaalta. Hoitaja voi aloittaa yhteistyön omaisten kanssa kysymällä kuulumisia ja pyytämällä heidät hoitoon mukaan. Erityistä huomiota hoitajien tulisi kiinnittää arkoihin omaisiin. Monet omaiset toivovat, että heitä tuetaan ja autetaan sitä kautta jaksamaan arjessa. Omaisten ohjaukseen on varattava riittävästi aikaa, vaikka kiirettä olisi. Ajan on oltava oikea ja omaisen kyky ottaa tietoa vastaan on huomioitava. Omaiset huomaavat hoitohenkilökunnan kiireen, kiinnittävät huomiota hoitajan äänensävyyn ja katseisiin ja tulkitsevat niiden perusteella hoitohenkilökuntaa. Omaisille on tehtävä aikaa myös kiireen lomassa. Sen lisäksi, että tehdään aikaa, heidät on kohdattava yksilöinä. Jokainen ohjaustilanne on erilainen. Ohjaustilanne saattaa olla erilainen myös kieli-muurin takia. Omaisille on selitettävä selkokielellä asiat ja varmistettava, että he ymmärtävät asian. Tarvittaessa voidaan käyttää tulkin palveluja. Ohjaustilanteet voidaan suunnitella juuri omaisille ja asiakkaalle sopiviksi kuuntelemalla heitä ja heidän mielipiteitään hoitoon liittyvissä asioissa. Se luo myös turvallisuuden tunnetta asiakkaaseen ja omaisiin. (Mattila 2011, 105; Kyngäs ym. 2006, 47; Potinkara 2004, 115)

Velásquezin (2013) opinnäytetyössä tutkittiin sydänleikkauksesta toipuvien potilaiden toipumiseen vaikuttavia asioita kuten omaisten tuen ja kotisairaanhoidajan tuen merkitystä kuntoutumisessa. Tutkimuksen mukaan potilaat, jotka saivat tukea perheeltä ja ystäviltä sairastuessaan vakavasti kokivat toipuvansa paremmin kuin potilaat, joilla ei ollut tukiverkostoa.

3.3 Vuorovaikutus ohjaussuhteessa

Vuorovaikutus on kahden henkilön välistä keskustelua. Tärkeintä ei ole viestin perille meno vaan prosessi, jolloin asiakas sisäistää opetetun asian (Torkkola ym.

2002, 21–22). Usein ohjauksessa on kysymys kyvystä pitää puoliaan loukkamatta toista. Hoidollinen vuorovaikutus on hoitajan ja asiakkaan kahdenkeskisen tasa-arvoinen vuorovaikutussuhde, jossa hoitaja katsoo asioita toisen näkökulmasta kunnioittaen hänen arvomaailmaansa. Ohjauksen onnistuminen edellyttää hoitajalta hyviä vuorovaikutustaitoja teorian tiedon lisäksi. Huonot vuorovaikutustaidot johtavat riitoihin tai toisen syyttelyyn, kun omaa tahtoa ei saa läpi. Ilman vuorovaikutustaitoja ihmisten on hankala vaikuttaa myönteisesti ja tuloksellisesti toisiinsa. Vuorovaikutuksella viitataan kahteen aisaan: vuoron perään tapahtuvaan toimintaan sekä vaikuttamista, joka kohdistuu toisen käyttäytymiseen, ajatuksiin, tunteisiin ja asenteisiin. Onnistunut vuorovaikutus lisää hoitoon sitoutumista ja molemmille osapuolille jää tunne, että hän on tullut huomatuksi, kuulluksi ja osalliseksi vuorovaikutuksessa. (Vainio 2009, 176–180; Mäkelä ym. 2001, 11–12; Hankonen ym. 2006, 24–25; Hammarlund 2010, 21)

Vuorovaikutuksellinen ohjaus sisältää sekä sanallista että sanatonta viestintää. Sanallinen viestintä on vain pieni osa ihmisten välistä vuorovaikutusta, suurin osa on sanatonta. Sanojen merkitys voi muuttua kielestä ja kulttuurista riippuen, joten ohjaustilanteessa on kiinnitettävä huomiota viestin selkeyteen ja yksiselitteisyyteen. Sanaton viestintä voi pyrkiä tahallisesti tai tahattomasti tukemaan, painottamaan, täydentämään, kumoamaan tai jopa korvaamaan sanallisen viestinnän. Sanaton viestintä voi olla joko tiedostettua tai tiedostamatonta elekieltä, ilmeitä, tekoja tai kehonkieltä. Se voidaan jakaa kolmeen osaan: merkki-, toiminta- ja välinekommunikaatioon. Merkkikommunikaatio sisältää ilmeet ja eleet; toimintakommunikaatio vartalon liikkeet; ja välinekommunikaatio tahalliset ja tahattomat esineiden esille laittamiset. Demonstroimalla, näyttämällä, esimerkiksi jumppaliikkeitä, hoitaja voi varmistaa, että asiakas ymmärtää liikkeet oikein ja osaa tehdä ne hyvin. (Mäkelä ym. 2001, 14; Hankonen ym. 2006, 24–25, 30; Lefebvre & Lervet 2012, 202; Nikki & Paavelainen 2010, 321) Mattilan (2011) Tutkimus tukee kroonisen kipupotilaan ohjauksen merkityksellisyyttä, koska demostrointi on eräs hyvä tapa varmistaa, että ohjattava ymmärtää ja osaa toteuttaa hoitoa edesauttavaa omahoitoa esim. jumppaliikkeiden tekeminen. Tulokset kertovat tärkeäksi sanattoman ja sanallisen viestinnän yhdenmukaisuuden. Tällä tavalla hoitaja il-

maisee ohjattavalle kuuntelemista ja läsnäoloa. Ristiriita näiden kahden viestintätavan välillä vie uskottavuutta sisällöstä, ja voi jopa estää vuorovaikutustilanteen onnistumisen.

Vuorovaikutustilanteet ovat asiakasohjauksessa tärkeitä. Asiakkaat hakevat tietoa internetistä, mutta ensisijainen tieto heille tulee hoitohenkilökunnalta. Ohjaustilanteessa asiakasta on kunnioitettava ja kuunneltava mahdollisuuksien mukaan. Vilpitön kiinnostus toista kohtaan ja hänen asiaansa kohtaan, kunnioitus, kyky tehdä kysymyksiä ja ilmaista omia ajatuksia selkeästi ovat edellytyksiä onnistuneelle ohjaukselle. Kuuntelutaito ja havainnointikyky edesauttavat myös vuorovaikutuksen onnistumista ohjaustilanteissa. Asiakkaan asiantuntijuus omassa elämässään tulee huomioida, sillä hän on jatkuvassa vuorovaikutuksessa elämäntilanteeseensa ja historiaansa, itseensä ja ympäristöönsä. Hyvän, ammatillisen, ohjauksen kautta asiakas voi oppia hahmottamaan omaa elämäänsä uudella tavalla ja oppia katsomaan elämäänsä toisesta näkökulmasta. Ammatillista vuorovaikutusta voi harjoitella tiedostamalla omia asenteitaan ja tarvittaessa muuttamalla niitä sopivammiksi. (Torkkola ym. 2002, 29, 32; Lipponen 2014, 20; Mäkelä ym. 2001, 14–15)

Ohjaustilanteet saattavat vaihdella ohjaajasta riippuen etenkin, jos kirjalliset ohjeet ovat puutteellisia, vanhentuneita tai mahdollisessa ristiriidassa keskenään. Ohjeiden tulisi olla helposti saatavilla ja ajanmukaisia, jotta ohjaustilanteiden yhdenmukaisuudet voidaan taata. Ohjeiden tulisi olla myös käytännönläheisiä, jotta asiakkaat selviävät erilaisista tilanteista kotona. Kirjallinen ohje on suullisen ohjauksen tukena usein välttämätön, sillä asiakas unohtaa helposti keskustellut asiat. Kirjallisen materiaalin avulla hän voi kerrata ja palauttaa mieleen ohjeita, kun niitä tarvitsee. Sen etuna on myös, että omaiset saavat tiedon potilaalle annetuista ohjeista. (Torkkola ym. 2002, 29, 32; Mäkelä ym. 2001, 14–15)

3.4 Vertaistuki

Vertaistukitoiminta ei ole terapiaa vaan se on sosiaalista tukea ja kokemustiedon jakamista. Terapiassa pyritään vähentämään ihmisen huolestuneisuutta ja kiel-

teisiä ajatuksia (Katko 2013) kun taas vertaisuus-käsitteellä viitataan voimakkaasti siihen, että ainoastaan samoja asioita kokeneilla on asiantuntijuus, jota kukaan muulla ei voi olla. Ei ole yhtä oikeaa tapaa järjestää vertaistukea, jota pidetään ohjatuissa keskusteluryhmissä, avoimissa kohtaamispaikoissa, toiminnallisissa ryhmissä, kahdenkeskisissä tapaamisissa. Vertaistuki voi olla kahdenkeskeistä tukea, vertaistukiryhmän toimintaa tai vertaistukea verkossa. Sitä voidaan toteuttaa omaehtoisena, kansalaislähtöisenä toimintana, joka ei välttämättä liity mihinkään taustayhteisöön; järjestötoimintana, jolloin taustayhteisö voi tarjota toiminnalle tilat sekä ohjaajille koulutusta; kolmannen sektorin ja ammattitahon yhdessä järjestämänä toimintana; tai ammattitahon järjestämänä toimintana, joka on osa asiakkaan saamaa palvelua ja hoito- ja kuntoutusprosessia. (THL, Vertaistuki; ASPA 2010, 10, 13; Mielenterveyden keskusliitto)

Asumispalvelusäätiö ASPA:n (2010, 12) mukaan vertaistuella on vahva merkitys ennaltaehkäisyyn eri elämäntilanteissa. Vertaistoiminnan ajatus perustuu kokemukselliseen asiantuntijuuteen ja uskoon ihmisen omiin voimavaroihin. Vertaistukiryhmän tavoitteena on luottamuksellisen ja avoimen keskusteluympäristön luominen, jotta ryhmän osallistujien välille syntyy yhteys (Djupsund 2010). Sen arvoja ovat tasa-arvoisuus ja toisen ihmisen kunnioitus. Osallistujilta vaaditaan omaa oivaltamiskykyä ja aktiivista osallistumista ryhmässä tai yksilö tapaamisissa. (Mikkonen 2009, 154)

Omaisien kuormitus on toisinaan suuri ja vertaistukiryhmä voi toisinaan vähentää tätä taakkaa, jos he eivät jaksa tai halua kuunnella. Toisinaan vertaistukea tarvitsevan henkilön asia voi olla liian arka tai herkkä ja omaisen on vaikea suhtautua neutraalilla tavalla. Tämän takia vertaistuki on tärkeä osa elämää. Toisinaan kokemus siitä, että voi omalla kokemuksellaan auttaa toista ryhmän jäsentä lisää elämänhallinnan tunnetta ja voi kohottaa itsetuntoa. (ASPA 2010, 13; THL 2015; Mielenterveyden keskusliitto; Mikkonen 2009, 154; Heikkinen-Peltonen, ym. 2014, 242)

Vertaistukitoiminta on peili, jonka kautta voi oppia uutta itsestään ja peilata omia kokemuksia toisten kokemuksiin. Toiset sopeutuvat paremmin ryhmään kuin toiset. Henkilön sosiaalinen toimintakyky häiriintyy merkittävän elämänmuutoksen

tai rasittavan elämäntilanteen jälkeen. Keskinäisessä kanssakäymisessä ryhmäläiset saavat käytännön tietoa ja esimerkkejä toisiltaan esimerkiksi kuntoutuskursseista, apuvälineistä ja ostopaikoista. (ASPA 2010, 18; Mielenterveyden keskusliitto; Heikkinen-Peltonen ym. 2014, 116)

3.5 Psyykkinen hyvinvointi

Psyykkisellä hyvinvoinnilla tarkoitetaan ihmisen käsitystä siitä, miten hän kykenee vaikuttamaan kipuunsa ja selviytymään sen kanssa arjessa ja työssä. Positiivinen käsitys omasta kyvystä selvitä kivun kanssa ennustaa parempaa hoitotulosta, kielteinen käsitys taas johtaa aktiivisuuden laskuun ja sosiaaliseen eristäytymiseen. Liikunnan, tarkkaavaisuuden suuntaamisen pois kivusta ja psykofyyssisten rentoutumiskeinojen käytön on todettu parantavan toimintakykyä kroonisissa kipupotilaissa. (Juva, Hublin, Kalska, Korkeila, Sainio, Tani & Vataja 2011, 311-312)

Ongelmallisissa elämäntilanteissa ihminen pyrkii palauttamaan mielensä tasapainon omalla toiminnallaan. Oma mielentilaansa hän säätelee käyttämällä sopivia hallintakeinoja, kuten omien tunteiden kohtaamista tai niistä kertomista, ongelmatilanteissa itsensä rauhoittamista tai liikunnan kautta stressin lieventämistä. Niiden tarkoituksena on vähentää pahaa oloa ja palauttaa usko selviytymiseen. (Heikkinen-Peltonen ym. 2014, 32-33)

Kroonisen kipupotilaan aivoissa on jatkuvasti yliaktiivisuustila, mikä herkistää entistä enemmän kivulle. Stressi ja masennus ovat usein seurauksia jatkuvasta negatiivisista ajatuksista, mutta ne herkistävät myös kivun kokemiselle. Kipu- ja masennusoireet muodostavat herkästi haitallisen noidankehän, sillä masennus heikentää kivun käsittelyä ja vahvistaa pelkoa. Siitä johtuen potilas saattaa ryhtyä välttämään kipua aiheuttavaa tekijää. Seurauksena kipu ja vajaakuntoisuus lisääntyvät. (Väisänen 2011, 115; Juva ym. 2011, 312)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kroonisen selkäkipupotilaan kokemuksia kivunhoidon ohjauksesta Länsi-Pohjan keskussairaalan kipupoliklinikalla.

Työn tavoitteena on selvittää kroonisen kipupotilaan kivunhoidon ohjauksen laatu potilaan näkökulmasta.

Opinnäytetyön tehtävänä on kerätä palautetta kivunhoidon ohjauksesta teema-haastattelun avulla.

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimusmenetelmä

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus tarkoittaa tutkimusmenetelmää, jolla tutkitaan asiaa muulla tavalla kuin kaavakkeen täyttämällä. Tutkimuksen lähtökohdiana on ihminen, hänen elämänpiirinsä sekä niihin liittyvät merkitykset. Se sisältää lukuisia erilaisia traditioita, lähestymistapoja ja aineistonkeruu- ja analyysimenetelmiä ihmisen ja hänen elämänsä tutkimiseksi. Keskeisintä kvalitatiivisessa tutkimuksessa ovat ilmiöt, jotka ilmenevät monin eri tavoin. (Kylmä & Juvakka 2007, 16; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006)

Yleensä kvalitatiivinen tutkimus tehdään yksin tai kaksin esimerkiksi teemahaastatteluna. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelu, joka tarkoittaa henkilökohtaista haastattelua, jossa on annettu aihepiiri, josta keskustellaan, mutta tarkkoja kysymyksiä tai järjestystä ei ole. Jos aihepiiri laajenee liikaa, haastattelu muuttuu puolistrukturoidusta strukturoituun haastatteluun. Mitä avoimempi haastattelu on, sitä aktiivisempi haastattelijan rooli on. Haastattelijalta vaaditaan tilanneherkkyyttä ja hänen on osattava edetä haastateltavan ehdoilla. Kaikkein tärkeintä ovat keskeiset teemat, jotka ovat kaikkien osapuolten tiedossa ja joihin haastateltava ohjataan, jos hän eksyy aiheesta. Haastattelijalla ei ole se, joka päättää kuinka syvälle aiheeseen mennään, vaan haastateltava saa päättää miten paljon hän jakaa aiheesta haastattelijan kanssa. (Hirsjärvi ym. 2009, 47–48; Kylmä & Juvakka 2007, 78)

Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valittiin laadullinen, kvalitatiivinen, tutkimusmenetelmä. Aineistonkeruumenetelmäksi on valittu teemahaastattelu. Teemahaastattelulla saa tarkempaa ja henkilökohtaisempaa tietoa kroonisen selkäkipupotilaan kivunhoidon hoitotilanteiden tuntemuksista kuin määrällisellä, kvantitatiivisella, tutkimuksella. Kvalitatiivinen tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedonkeruuta ja aineisto kerätään luonnollisissa tilanteissa. Tieto saadaan suoraan ihmiseltä ja analyysissä ja haastattelussa pyritään löytämään jotain uutta jo tutusta aiheesta. Teemahaastattelun aikana haastattelija voi havainnoida

myös haastateltavan kehonkieltä ja äänensävyä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 164–166)

Monessa kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytetään suoria sitaatteja haastattelusta. Näin pyritään pitämään tutkimus mahdollisimman autenttisenä ja luotettavana ja lukija saa itse pohtia aineiston keruun polkua. Siteerausten käytön ongelmaksi asettuu niiden tunnistettavuus, jos käytössä on esimerkiksi murre sanoja, tai miten paljon siteerauksia on soveliasta käyttää, ettei analysointi vaikuta jäsenmättömältä. On suositeltavaa, että sitaatit muokataan yleiskielelle ja pidetään lyhyinä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198)

Tämän opinnäytetyön teemahaastattelu (Liite 2) tapahtui Länsi-Pohjan keskussairaalan kipupoliklinikan tukemana erikseen sovitussa paikassa. Opinnäytetyötä varten on valittu Länsi-Pohjan keskussairaalan kipupoliklinikan asiakkaita, sen laajan asiakaskunnan vuoksi. Asiakaskunta sopii tutkimukseen, sillä monella kipupoliklinikan asiakkailla esiintyy kroonista selkäkipua. Kipupoliklinikan henkilökunta valitsi kolme kipupoliklinikan asiakasta.

5.2 Aineiston keruu ja analysointi

Haastatteluiden materiaali kerättiin siten, että ensin nauhoitettu haastattelu litteroitiin, jonka jälkeen litteroidusta tekstistä poimittiin ja yhdistettiin tärkeimmät tiedot ohjaamisen laadusta. Haastateltujen vastaukset analysoidaan ja niitä verrataan teoreettiseen tietoon tai teoreettista tietoa sovelletaan asiakkaiden antamiin kokemuksiin.

Aineiston keruun jälkeen tutkija purkaa aineiston toisella seuraavista tavoista: 1) hän puhtaaksikirjoittaa, litteroi, tekstin joko kokonaan tai valikoiden vain haastattelun teema-alueet haastateltavan puheesta, tai 2) hän tekee päätelmiä tai teemojen koodaamista suoraan tallennetusta aineistosta. Litterointi on näistä tavoista yleisempi. Päätelmiä on helpompi tehdä suoraan tallenteesta, kun haastateltavia on vain muutama tai haastattelu ei ole kestänyt pitkään. (Hirsjärvi &

Hurme 2001, 138) Tässä opinnäytetyössä haastattelut litteroitiin ja kirjoitettiin selkokielelle, jotta haastateltavat pysyivät anonymoineina. Haastattelut purettiin, koottiin ja luokiteltiin, jotta analysointi olisi helpompaa.

Kun aineisto on purettu, se on luettava läpi, jotta analyysi voidaan aloittaa. Aineistoa lukiessa tutkijalle voi syntyä monia sekavia ajatuksia, jotka jäsentyvät useiden lukukertojen myötä mielenkiintoisiksi kysymyksiksi ja ajatuksiksi. Aineistoa lukiessa on kiinnitettävä huomio seuraaviin asioihin: olosuhteet, tilanteen määrittely, prosessit, toiminnot, tapahtumat, strategiat sekä suhteet. Näistä tutkija voi alkaa jäsentää analyysia. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 143)

Aineiston purkamisen ensimmäinen vaihe on sen kuvaileminen. Kuvailuvaiheessa vastataan kysymyksiin kuka, missä, milloin, kuinka paljon ja kuinka usein. Näiden kysymysten ohella tutkijan on mietittävä tarkkaan mitä kirjoittaa raporttiin lisätessään haastateltavien ajatuksia yksityiskohtaisesti. Jokaisessa vaiheessa on kysyttävä: ”Onko tämä relevanttia asian ymmärtämiseksi?” Jos se on, yksityiskohdan voi lisätä, mutta jos se ei ole, on tutkijan harkittava, kannattaako hänen kirjoittaa ylimääräistä tietoa raporttiin. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 145–146)

Aineiston purkamisen jälkeen se on luokiteltava. Luokittelu luo pohjan, jonka varassa haastatteluaineistoa voidaan myöhemmin tulkita, yksinkertaistaa ja tiivistää. Luokittelulla tarkoitetaan aineiston päättelyä. Luokittelun jälkeen tutkija yhdistelee aineiston. Yhdistelyllä pyritään löytämään luokkien välillä samankaltaisuuksia. Yhdistelemiseen voidaan käyttää valmiita teoreettisia käsitteitä, tai niitä voidaan luoda itse. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 149–150) Tässä opinnäytetyössä litteroinnin jälkeen aineisto luokiteltiin kaavioiksi. Kaavioihin oli kerätty aiheittain vastauksia kysymyksien perusteella. Luokittelemisen jälkeen tuloksia verrattiin teorial tietoon ja tehtiin johtopäätöksiä.

Aineisto kerättiin nauhoittamalla kolme haastattelua, jonka aikana vastaukset myös kirjattiin. Nauhoitukset kestivät viidestätoista minuutista neljäänkymmeneen minuuttiin. Haastattelut tapahtuivat kahvilassa haastateltavan, haastattelijan ja kirjurin kanssa. Haastattelijaa ja kirjuria vaihdettiin vuoroperään. Haastatteluita varten oli tehty valmis kysymyspohja, johon haastattelu pohjautui (Liite 2).

Tutkimustyyli oli teemahaastattelu, joten kysymykset olivat suuntaa antavia ja tukivat haastattelua. Haastattelun aikana haastateltava palautettiin takaisin aiheeseen, jos hän poikkesi aiheesta liikaa. Tutkimuksen osallistujat määrittävät tutkimuksen etenemistä, sillä hyvin strukturoidut kysymykset ovat haasteellisia laadullisen tutkimuksen analysoimisessa (Kylmä & Juvakka 2006, 64). Haastateltavilla oli vapaus kertoa omista kokemuksistaan omalla tavallaan, koska opinnäytetyön aiheena oli selvittää heidän omat kokemuksensa kivunhoidon ohjauksesta.

5.3 Aineiston analyysi

Hirsjärven ja Hurmen (2001, 136) mukaan laadullisen analyysin pääpiirteet voidaan jakaa neljään osaan: aineiston alkuperäisilmaisu, aineiston pelkistäminen, aineiston ryhmittely ja aineiston abstraktointi. Alkuperäisilmaisulla tarkoitetaan kirjaimellista litterointia, jossa haastateltavan sanat kirjataan murteen kanssa. Tämän jälkeen aineisto pelkistetään kirjakielelle, jonka jälkeen aineistoa voi analysoida. Aineiston analyysi aloitetaan usein jo haastattelutilanteissa. Tutkija voi haastattelun aikana jo tehdä havaintoja ilmiöiden toistuvuudesta ja jakautumisesta. Hän voi hahmotella malleja näistä havainnoista ja kerätä lisää aineistoa jo kehittämäänsä hypoteesiin tai malliin liittyen. Aineiston analyysi tapahtuu lähellä aineistoa ja sen konteksteja, toisin kuin kvantitatiivisessa tutkimuksessa ja haastateltava saa asiansa sanottua juuri hänelle oikealla tavalla.

Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa analysoidessa tutkija käyttää induktiivista tai abduktiivista päättelyä. Induktiivinen päättely tarkoittaa aineistoa lähellä tapahtuvaa päättelyä. Abduktiivisessa päättelyssä tutkija pyrkii todentamaan jotain teoreettista johtoideaa haastattelun perusteella. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei ole yhtä ainoaa oikeaa tapaa analysoida aineistoa, vaan tapoja on monia. Myös analyysimenetelmiä on monia. Kvalitatiivista tutkimusta voidaan käsitellä tilastollisesti, mutta useimmiten valitaan jokin toisenlainen metodi, kuten teemoittelu, tyypittely, sisällönerittely, diskurssianalyysi tai keskusteluanalyysi. Tutkija voi myös esimerkiksi pyrkiä selittämään tai ymmärtämään aineistoa tutkimuksessaan. Jo aineistoon tutustuttaessa ja sitä teemoittaessaan tutkija tekee jo alustavia

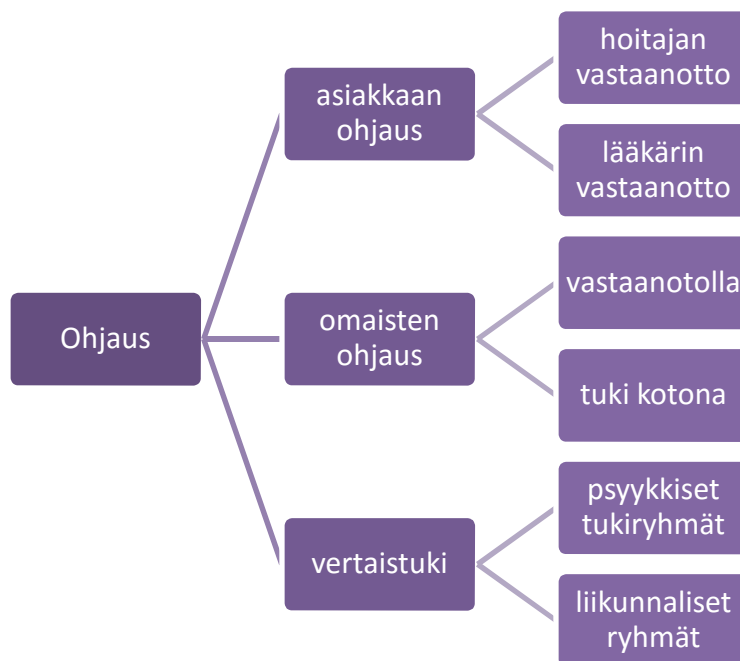
valintoja analyysin suhteen. Tutkija voi itse päättää tilanteeseen sopivimman toimintatavan kokeilemalla ja kehittelemällä uusia ratkaisutapoja. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 136; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 219)

Aineiston tulkinta pohjautuu haastatteluaineistoon, jonka tutkija pyrkii onnistuneesti tulkitsemaan. On otettava huomioon, että on kysymys haastateltavasta itsestään ja toisaalta kaikista tutkimukseen osallistuvien ihmisten asemasta tiedon luomisessa. On monia tapoja tulkita sama haastatteluteksti, eli tutkijan avainkriteerit onnistuneeseen tulkintaan ovat, että lukija omaksuu tutkijan näkökulman lukiessaan tekstiä, riippumatta siitä, mitä mieltä hän on asiasta. Tutkijan on huomioitava, että tekstillä voi olla monta oikeaa tulkitsemistapaa, tai vain yksi oikeampi tulkitsemistapa. Aiheet ovat usein hyvin henkilökohtaisia. Kvalitatiivisessa tulkinnassa tulkitaan koko tekemisprosessin kulku alusta loppuun, toisin sanoen jo haastattelutilanteessa tulkintoja on tehtävä. Tulkinnat voivat olla kokonaisvaltaisia tai hyvin yksityiskohtaisia osia eri vaiheessa tutkimusta. Lopussa tulkinnat ovat aina kokonaisvaltaisia selityksiä havaitsemalleen ilmiölle. Tutkijan on liitettävä kokonaisvaltaiseen selitykseen myös johtopäätökset omalla tutkimusalueellaan. Tämän lisäksi on mietittävä, voisiko tutkimustuloksilla olla laajempi merkitys. (Kylmä & Juvakka 2006, 20; Hirsjärvi & Hurme 2001, 151–152; Hirsjärvi ym. 2007, 225)

6 TUTKIMUSTULOKSET

Tässä luvussa kerrotaan tutkimuksen tuloksia. Tutkimustulokset ovat kroonisten selkäkipupotilaiden kuvaamia kokemuksia kivunhoidon ohjauksesta Länsi-Pohjan keskussairaalan kipupoliklinikalla. Tutkimuksessa selvisi useita ohjaukseen liittyviä seikkoja, jotka haastateltavat kokivat hyväksi tai huonoksi. Tutkijat kokivat tulosten olleen myönteisempiä kuin he olivat ajatelleet ennen tutkimusta. Tutkimustuloksissa on esitetty haastateltavien alkuperäisilmauksia havainnollistamaan tutkimusta.

6.1 Ohjaus



Kuva 1. Ohjaus.

Hyvä ohjaus lähtee asiakkaan tiedon tarpeista ja se rakentuu hänen esittämistään ja tärkeäksi kokemistaan asioista sekä taustatekijöistä (Johansson ym. 2007). Ohjauksen tavoitteena on potilaan hyvinvoinnin edistämisen. Ohjaustilanteissa on tärkeä pyrkiä säilyttämään ohjattavan tarve hallita omaa elämäänsä, olla yksilöllinen ja suojella vapauttaan ja yksityisyyttään. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2017).

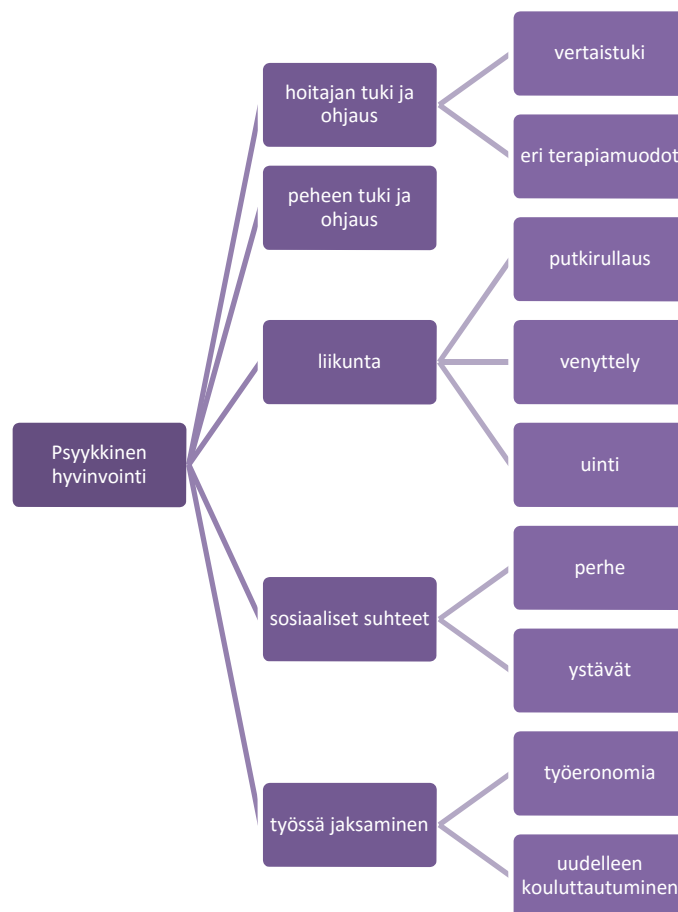
nisteriö, Terveystieteiden tutkimuskeskus/ETENE; Kyngäs ym. 2007, 154) Haastateltavat kokivat sairaanhoitajan ohjaustilanteet miellyttävinä. Yksi heistä oli käynyt vain lääkärin vastaanotolla, mutta koki sen riittävän toistaiseksi.

Omaisen merkitys asiakkaan itsehoidon tukemisessa on suuri (Jurvelin ym. 2005). Kenelläkään haastateltavilta ei ole ollut omaista mukana ohjaustilanteissa, mutta jokainen heistä koki saavansa riittävästi tukea perheeltään. Haastateltava A koki, että olisi hyödyllistä, jos omainen olisi toisinaan mukana ohjauksessa, tai että omaisen läsnäolo olisi osa kipupoliklinikan toimintaa. Olisi hyvä, jos kannustettaisiin omaisten läsnäoloon poliklinikkakäynneillä, jotta kukaan ei jäisi yksin kotona sairautensa kanssa. Haastateltava B taas koki, ettei tarvitse omaisia ohjaustilanteisiin mukaan, sillä hän saa tarpeeksi tukea kotona. Haastateltava C koki, että voisi olla apua, jos myös puoliso saisi kuulla ohjaustilanteesta käydyt asiat: ”Oon sitte raportoinu omaiselle jos on kysynyt – kyllä siitä varmaan vois olla apua.” Toisinaan hän koki, ettei muista kertoa kaikkea kotiin päästyään. Jokainen heistä koki, että heidän samansa tuki sekä omaisilta ja ystäviltä oli riittävää. Haastateltavat A ja C eivät muistaneet kysyttäessä, olivatko he saaneet kirjallisia ohjeita ohjaustilanteiden yhteydessä, mutta haastateltava B muisti saaneensa kirjallisia ohjeita ja koki niiden olleen monipuolisia ja tarpeellisia: ”— ne piirretyt, ei niitä voi parantaa enää”.

Vertaistuellalla on vahva merkitys ennaltaehkäisyyn eri elämäntilanteissa (Asumis- ja palvelusäätiö ASPA 2010, 12). Vertaistukiryhmän tavoitteena on luottamuksellisen ja avoimen keskusteluympäristön luominen, jotta ryhmän osallistujien välille syntyy yhteys (Djupsund 2010). Vertaistukiryhmistä kysyttäessä haastateltavat olivat osittain eri mieltä asiasta. Haastateltava A koki, ettei tällä hetkellä tarvitse vertaistukiryhmää, mutta oli hyödyntänyt kipupoliklinikan kipuryhmää aloittaessaan asiakkuuden. Haastateltava B koki perheensä riittävän, eikä ollut kiinnostunut vertaistukiryhmistä. Hän koki, että vertaistukiryhmä sopisi ”ainaki semmosille [miehille] jotka on yksin kotona”, sillä he eivät saa kotoa tukea. ”Töissä onnistuu hyvin ja saan työkavereiden tuen: ’kyllä me teemmä sen’ ja ’tehe sie vaikka tämä’.” Haastateltava C koki, että omasta lähipiiristä löytyi tarpeeksi vertaistukea, sillä siskot sairastavat samanlaista selkäsairautta kuin hän: ”Mulla on tukiryhmä

kotona.”. Hän ei kuitenkaan täysin tyrmännyt ideaa, vaan koki, että voisi hyödyntää vertaistukea ryhmäliikunnan muodossa. Siitä huolimatta, että kukaan haastateltavista ei kokenut tarvitsevansa vertaistukea tällä hetkellä, he kokivat sosiaalisen elämänsä kärsineen sairauden myötä.

6.2 Psyykkinen hyvinvointi



Kuva 2. Psyykkinen hyvinvointi.

Psyykkisellä hyvinvoinnilla tarkoitetaan ihmisen käsitystä siitä, miten hän kykenee vaikuttamaan kipuunsa ja selviytymään sen kanssa arjessa ja työssä (Juva ym. 2011, 311–312). Omaa mielentilaa voi säädellä käyttämällä itselle sopivia mielenhallintakeinoja omien tunteiden käsittelemiseen (Heikkinen-Peltonen ym. 2014, 32–33). Ohjauksessa on tärkeää käsitellä ohjaustilanteen merkityksellisyyttä, joka yksinään jo motivoi asiakasta jatkamaan hoidon parissa. (Vänskä ym. 2014, 68)

Joskus tunnen olon epätoivoiseksi, koska lääkäri vaihtuu ja pitää aloittaa oman sairaushistorian kertominen alusta.

Niinhän ne moni sanoo, että ei vois uskoa [minusta] päällepäin, että mistään kivusta kärsii.

Toisinaan haastateltavilla on sellainen olo, että heitä ei kuunnella tai oteta huomioon yksilöllisesti: ”Ajattelin, että ”älä nyt hyvä mies neuvo mulle miten venytelään”, ”Asiakasta on kuunneltava yksilönä ja huomioitava hänen aiempi tietopohjasta”, ”Ois mukava jos lääkäreillä olisi aikaa keskittyä potilaaseen, lukea paperit [etukäteen], että millainen potilas on kyseessä. Onko hän käynyt vuosia vai miten pitkään [vastaanotolla].”

Ohjaus määritellään yksilön aktiivisuutta ja aloitteellisuutta korostavasti, jolloin hän on oman elämänsä asiantuntija ja ratkaisija. Hoitaja tukee häntä päätöksenteossa eikä esitä valmista ratkaisuja ongelmiin. Hoitaja motivoi asiakasta löytämään voimavaroja, jolla hän voi ottaa vastuuta omasta elämästään ja terveydestään. Voimavaroihin keskittymällä asiakas löytää keinoja ratkaista arkisia ongelmia. (Vänskä ym. 2014, 17, 77)

On tärkeää, että hoitaja kuuntelee ensin mitä vaivoja potilaalla on. Ja siitä etenee selkeä ohjaus ja potilaalle kerrotaan miten hoito jatkuu.

Välillä on vähän keinot vähissä ja ei tietenkään mitään ihmeitä voi tehdä, vaan se mitä mie itte voin [tehdä]: seurata ja valvoa tätä omaa lääkkeitten syömistä.

Olen kokenut, että kestan kipua paremmin voidessani henkisesti hyvin.

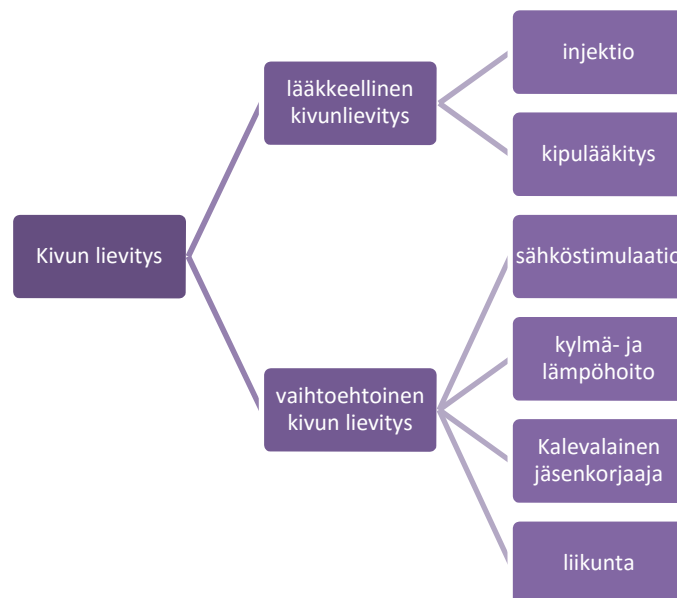
Potilaalle on tärkeää, että hän saa vastinetta omille kertomuksille hoitohenkilökunnalta. Henkilökunnan tulisi osoittaa myötätuntoa kipupotilaalle. Kuuntelemi-

nen on tärkein elementti potilastyössä. Potilaan kokemus siitä, että häntä kuunnellaan, ymmärretään ja yritetään auttaa, on suuri merkitys potilaan ohjauskokemukselle.

Ku on lääkäriin menny ni sun pittää itte aina selittää mikä lääke tepsii ja mikä ei. Tavallaan sen lääkärin puolesta jo kertoo ja sitte kertoo [mitä lääkkeitä tarvitsee] tälle joll'on valtakirja kirjottaa resepti.

”Perheen tuki on tärkeää.” Jokainen haastateltava toi esille perheen tuen merkityksen psyykkisessä jaksamisessa kivun kanssa. Perheen tuki korostui haastatteluiden aikana useaan otteeseen. Perhe auttoi pahimman kivun yli ja auttoi esimerkiksi arkiaskareissa, jos haastateltava ei kyennyt liikku-
maan kivun vuoksi.

6.3 Kivun lievitys



Kuva 3. Kivun lievitys.

Haastatteluissa kävi ilmi, että kipulääkitys on jokaisella haastateltavalla korkeimmalla mahdollisella tasolla. He olivat huolissaan kipulääkkeiden määrästä, ja toivoivat, että niitä voisi vähentää tulevaisuudessa.

Kipulääkkeitä pittää syä kovasti.

Että päästäis niistä pahimmista lääkkeistä, kovimmista, pois.

Monet kipupotilaat käyttävät vaihtoehtoisia kivun lievitysmenetelmiä. Niitä ovat erimerkiksi jooga, tai chi, akupunkio tai kylmä- ja lämpöhoidot (Väisänen 2011, 97; Käypä hoito -suositukset, Kipu 2015). Jokainen haastateltavista käytti vaihtoehtoisia kivunlievitys menetelmiä lievittämään kipua ainakin toisinaan. Kivunlievitykseen he käyttivät esimerkiksi kylmä- ja lämpöhoitoa, sähköstimulaatiota ja piikkimattoa. He kokivat, että kaikki menetelmät on kokeiltu ainakin kertaalleen. Toisista menetelmistä oli hyötyä enemmän kuin toisista. Se, mikä auttoi toisella, saattoi pahentaa toisen tilannetta.

Minulle on suunnitteilla laittaa kipustimulaattori Oulussa, joka tuo helpotusta tähän kipuun.

Sitte on mejän piikkimatto [ja] semmonen foamroller – sitte on ollu Kalevalainen jäsenkorjaaja. Se on ollu semmonen joka helpottaa.

Mä on kaikkea mahdollista kokkeillu aivan jo niinku ihan humpuukista lähtien, että kaikki, kaikki.

Haastateltavat harrastivat kipujensa salliessa liikuntaa. Monessa tutkimuksessa on havaittu liikunnan lievittävän kipua ainakin hetkellisesti. Katkon (2013) mukaan lieventää kivusta aiheutuvia mielialan muutoksia, kuten masennuksen oireita. Rentoutuminen auttaa myös lievittämään kipua ja särkyä. Breivik ym. (2006) tutkimuksesta selviää, että krooninen kipu selkeästi rajoittaa kivusta kärsivän elämää ja elämänlaatu huononee. Haastatteluiden perusteella myös Länsi-Pohjan keskussairaalan kipupoliklinikan asiakkaat kokivat kivun rajoittavan elämänsä. Kujalan (2014) mukaan liikuntahoito, eli sairauksien hoidossa käytetty liikunta, parantaa kroonisesti sairaiden henkilöiden toimintakykyä. Jokainen koki, että säännöllinen liikuntaharrastus toi haasteita, sillä koskaan ei tiedä millainen päivä seuraava päivä on voinnin kannalta. Sopivalla liikunnalla he kokivat toimintakykynsä säilyvän parempana.

Ei ole niin yksinkertaista lähteä tekemään esimerkiksi liikuntaharjoitteita kivun takia.

No onhan niitä kaiken maailman venyttelyjä ja tämmösiä mutta, kyllä siinä vaiheessa et pysty paljon venytteleen, joka paikkaan koskee niin paljon että... Se on ihan kauhee[ta].

Kyllä liikunta ja lääkkeet ovat [ne] mitkä helpottavat.

Haastateltava C hyödynsi liikuntaa kivunhoidossa ja koki esimerkiksi venyttelyn ja putkirullauksen helpottavan kipuja lääkityksen rinnalla: ”Kyllä se on kuitenkin se liikunta ja ne lääkkeet mitkä helpottaa.” Haastateltava B piti uinnista ja koki sen hyväksi liikuntamuodoksi. Uimaan voi lähteä, kun on hyvä päivä. Huonoina päivinä hän käy injeksiolla, noin kerran parissa kuukaudessa, jolloin kipu helpottaa parin tunnin kuluessa ja hän voi jatkaa päiväänsä lähes normaaliin tapaan: ”Jos se on mennyt niin huonoksi se päivä, että [kun] joku tulee kotia, niin sitte menen käymään sillä piikillä – joku tunti-kaks ni pääsen taas liikkeelle.” Haastateltava A kertoi olleensa liikunnallinen ennen sairastumistaan ja kertoi liikkuvansa tällä hetkellä kivun salliessa. Hän mittasi unen avulla päivien latua. Jos hän on saanut nukuttua, päivä on hyvä, jos nukkuminen on tuottanut haasteita, päivä on huono ja kipuja on niin paljon, että kivut häiritsevät unta.

Vaihtelevaa liikuntaa, et se on niinkö parempi entä semmonen, että [seisotaan] paikallaan yhdessä asennossa.

6.4 Avoimet kysymykset

Avoimena kysymyksenä tutkimuksessa haastateltavat antoivat kehittämisideoita kroonista kipua potevien potilaiden ohjaukseen Länsi-Pohjan keskussairaalan kipupoliklinikalle. Haastateltava A koki, että kipupoliklinikalla olisi hyvä olla vertaistukiryhmässä käynti yhtenä osana asiakkuutta. Ehdotuksena hän toi esille, että kipupoliklinikalle luotaisiin noin kolmen hengen pienryhmiä. Haastateltava C oli

samoilla linjoilla ja koki esimerkiksi vertaistukihenkilöiden hyödyntämistä ryhmän-ohjauksessa, esimerkiksi venyttelyryhmä. Haastateltava C halusi hoidon olevan selkeää ja johdonmukaisesti etenevää jo heti ensikäynnistä, jolloin asiakas tietäisi missä mennään. Yleisinä toiveina haastateltavilla oli, että ”sairaanhoitajaksi kipupoliklinikalle valikoituisi erityisen empaattisia ihmisiä, hoitajia, joilla on kyky ymmärtää kipupotilasta” ja että hän omaa ”tunneälykkyyttä” riittävästi. Toivottiin myös, että hoitajalla olisi riittävästi aikaa ja resursseja luoda henkilökohtainen ohjaustilanne.

On tärkeää, että hoitaja kuuntelee ensin mitä vaivoja potilaalla on. Ja siitä etenee selkeä ohjaus ja potilaalle kerrotaan miten hoito jatkuu.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tästä tutkimuksesta voi tehdä vain rajallisia johtopäätöksiä, sillä otanta oli pieni. Tämän tutkimuksen haastateltavat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon Länsi-Pohjan keskussairaalan kipupoliklinikalla. Kaikki haastateltavat kertoivat, että kipupoliklinikan henkilökuntaa oli helppo lähestyä. Haastateltavat B & C vastasivat lisäksi, että kipupoliklinikalle saa yhteyden nopeasti tarvittaessa. Vastaanotolle saa ajan jopa samalle päivälle, jos vointi sitä vaatii. Haastateltava A oli aluksi eri mieltä, mutta mietittyään tarkemmin hän ei uskaltanut sanoa varmaksi, sillä hän ei ollut koskaan tarvinnut kiireaikaa kipupoliklinikalle. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että kipupoliklinikalla on tarpeeksi henkilökuntaa ja heillä on resursseja hoitaa asiakkaat tarpeeksi hyvin.

Haastatteluiden perusteella syntyi asiakaslähtöisiä kehittämis ehdotuksia käytäntöön. Jokaiselta haastateltavalta tuli hyviä kehittämisideoita, joita voimme myös itse hyödyntää tulevassa työssämme. Esimerkiksi pienryhmätyöskentelyn hyödyntäminen hoitotyössä voi auttaa asiakasta tai potilasta avautumaan mieltä askarruttavista asioista. Vertaistukihenkilöiden hyödyntäminen pienryhmissä ja muutenkin hoitotyössä on suositeltavaa, sillä heillä on omakohtaista kokemusta aiheesta ja he voivat hyödyntää omia kokemuksiaan ohjaamalla toisia.

Jatkotutkimuksena tästä opinnäytetyöstä voisi kehittää erilaisia ryhmätoimintoja, kuten vertaistukiryhmiä, liikuntaryhmiä tai pienryhmiä kroonisille selkäkipupotilaille tai muille Länsi-Pohjan keskussairaalan kipupoliklinikan asiakkaille. Myös eri kroonisista kivuista kärsivien henkilöiden haastatteleminen ja vertaaminen tähän tai muihin samankaltaisiin tutkimuksiin olisi mielenkiintoista.

8 POHDINTA

8.1 Tutkimuksen eettisyys

Tänä päivänä yksilöllinen kivun arviointi ja kivun lievittäminen ovat itsestään selviä kivunhoidon lähtökohtia. Jokaisen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen ohjausosaamiseen kuuluu ohjauksen eettisyyden arvioiminen. Se sisältää hyvien ja huonojen ohjaustapojen arviointia omakohtaisesti. Kovista kivuista kärsivän henkilön elämä ei tämän päivän mittapuussa ole sen huonompi tai parempi kuin paljon lääkityn potilaan elämä. Kivunhoidon etiikan mukaan potilasta ei tule nöyryyttää eikä pitkittää hänen kärsimystään tahallisesti. Häntä ei jätetä yksin, vaikka mitään ei olisi enää tehtävissä. (Louhiala & Launis 2009, 147–148; Vänskä ym. 2014, 18)

Potilaalla on autonominen päättämisoikeus, itsemääräämisoikeus, jota tulee kunnioittaa. Sitä ei kuitenkaan saa korostaa liikaa, jottei potilas jää yksin kipujensa kanssa. Lääkärin tai hoitajan on oltava tukena potilaan päättäessä omasta hoidosta. Jokaisella iästä, varallisuudesta tai paikkakunnasta riippumatta, on oikeus saada yhtä hyvää hoitoa. Osa potilaista saa parempaa hoitoa kuin toiset, joka on ongelmallista oikeudenmukaisuuden kannalta. Hoidon laadun sattumanvaraisuus ei kuulu hoidon etiikkaan. (Louhiala & Launis 2009, 148–149)

Eettisiä periaatteita on kuusi; potilaan oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ja keskinäinen arvonnanto. Ulkopuoliset tekijät voivat vaikuttaa vuorovaikutussuhteessa joko positiivisesti tukien tai negatiivisesti heikentäen sitä. Tukeva ohjaustilanne tapahtuu kahden kesken hoitajan kanssa valoisassa, rauhallisessa huoneessa. Huoneen tulisi myös olla sopivan lämpöinen, ei kuuma tai kylmä. Sen lisäksi, että keskusteluhuone on keskustelua tukeva, myös odotustilojen tulisi olla rauhallinen, siisti ja viihtyisä. Potilaalle esteettisyys merkitsee paljon. (Terveydenhuollon eettiset ohjeet/ETENE)

Hankonen ym. (2006, 27) määrittävät myös hoitotyön periaatteiksi seuraavat ominaisuudet: yksilöllisyys, jatkuvuus, turvallisuus, kulttuurilähtöisyys, omatoimisuus ja vastuullisuus. Jokaisen yksilöllisyyttä on kunnioitettava ja annettava asiakkaan määrätä mahdollisimman paljon omaa hoitoa. Hoitotapahtumien välille pyritään saamaan saumaton jatkuvuus ja antamaan suullisten ohjeiden lisäksi kirjalliset ohjeet, mikä tuottaa turvallisuuden tunteen asiakkaalle. Hoitaja pyrkii ohjaamaan asiakasta kulttuurista riippumatta ja pyrkii tutustumaan itse vieraan kulttuurin tapoihin ja tottumuksiin. Asiakkaan omatoimisuus ja voimavarat on selvitettävä, jotta hän voi tukea ja ohjata asiakasta sopivalla tavalla. Hoitajan on myös tiedotettava, mitä on tekemässä ja kantaa vastuu siitä.

Haastattelut tapahtuivat kahvilassa haastateltavien suostumuksella. Olisi ollut eettisempää haastatella heidät yksityisessä, rauhallisessa huoneessa, mutta tilan- ja ajanpuutteiden vuoksi se ei ollut mahdollista. Koimme, että kahvila ympäristönä vapautti haastateltavat avautumaan kokemuksistaan paremmin ja taustamelu rentoutti heitä.

Työmme eettisyyteen ja luotettavuuteen vaikuttivat tiedon tuoreus, eli käytimme uutta lähdemateriaalia. Teoreettinen pohja oli uusinta mahdollista tietoa ja tutkimuksessa käytettiin vain tuoreita lähteitä. Käytimme sekä painettuja että Internet-lähteitä, jotta opinnäytetyöstä tulisi mahdollisimman luotettava. Lähdeluetteloon valitsimme teoksia, jotka olivat mahdollisimman uusia, 2000-luvulta. Etsimme kirjallisuutta Lapin ammattikorkeakoulun kirjastosta ja Oulun yliopiston kirjastosta. Internetistä löytyi paljon ohjausta käsitteleviä artikkeleita. Luotettavaa tietoa saimme myös hoitoalan lehdistä, joista löytyi paljon ohjausta käsitteleviä artikkeleita.

8.2 Tutkimuksen luotettavuus

Perinteisesti laadullisen työn luotettavuus tulee kahden tiedon yhteneväisyydestä, eli sekä haastatteluista ja tutkijasta, että tiedonkeruuseen käytetyistä metodeista. Yksi yleisimmin käytetyistä luotettavuuden arvioinnin kriteereistä on

Guban ja Lincolnin (1981 ja 1985) luomat arvioinnin kriteerit. Näitä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että tulokset on kuvattu selkeästi, jotta lukija ymmärtää, tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset ja sen, miten analysointi on tehty. Tutkijan on kuvattava analyysin eteneminen mahdollisimman tarkasti. Siirrettävyydellä tarkoitetaan sitä, miten helposti tulokset voidaan siirtää toiseen tutkimusympäristöön. Siirrettävyys vaatii, että osallistujien valintaprosessi ja taustojen selvitys tehdään selkeästi. Riippuvuutta voi tehostaa kysymällä samat kysymykset uudestaan pitkällä aikavälillä eri tilanteissa. Vahvistettavuus tapahtuu tutkimuksen lopussa. Tutkimuksen tiedot todistetaan oikeiksi ja tarkistetaan johtopäätökset teoriaan peilaten. Kaikki vaiheet kuvataan tarkasti analysointia myöten. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197-198 mukaan; Munhall 2001; 300-302)

Tässä opinnäytetyössä työn tulokset on kuvattu selkeästi ja kuvattu sen vahvuudet ja rajoitukset. Myös analysoinnin eteneminen on kuvattu mahdollisimman tarkkaan. Siirrettävyys tuo tälle työlle haasteita, sillä haastattelut ovat joka kerta erilaisia, riippuen ajasta, paikasta ja henkilökemiasta. Osallistujien valinta tehtiin Länsi-Pohjan keskussairaalan kipupoliklinikan toimesta. Riippuvuus jää tässä tutkimuksessa käsittelemättä, mutta se on aihe jatkotutkimukselle. Tutkimuksemme tulokset ovat samoilla linjoilla teorian kanssa, joka vahvistaa tutkimuksemme luotettavuutta.

Tässä tutkimuksessa ei tarvinnut soittaa haastateltaville, sillä haastattelijoita oli kaksi. Tästä johtuen tämän tutkimuksen reliabiliteetti on hyvä. Kirjuri kirjasi haastatteluiden keskeiset asiat, joista oli hyötyä analysoidessa haastatteluista. Muistiinpanoista oli helppo palauttaa mieleen haastateltavan äänenpaino, olemus tai sanonnan todellinen merkitys.

Yhtenä parityöskentelyn hyötynä on, että parin kanssa näkökulma aiheeseen laajenee. Mielipiteitä voidaan vertailla keskenään ja päästä luotettavampaan tutkimustulokseen. Parilta voi saada tukea, jos joku asia mietityttää ja hyödyntää molempien vahvuuksia eri osa-alueilla. Tutkimustulos on luotettava, jos kaksi tutkijaa päätyy samanlaiseen tulokseen tai jos samoja henkilöitä haastatellaan eri tutkimuskerroilla ja saadaan sama tulos. Erot kahden eri tutkimuskerran välillä eivät

tarkoita, että tutkimus ei ole luotettava, vaan se on seuraus muuttuvista tilanteista tai olosuhteista. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 186–189; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 231)

Tekijänoikeudet otettiin huomioon siten, että kaikki lähteet on merkitty selkeästi opinnäytetyöhön ja pyrimme välttämään suoraa lainaamista. Loimme synteessin lähteistä, jotta saimme mahdollisimman luotettavan tutkimuksen. Muutamassa kohdassa käytimme suoraa lainausta, sillä se tuki tekstiämme parhaalla mahdollisella tavalla. Kirjoittamamme teksti on omaa, eikä sitä ole plagioitu. Pyrimme kirjoittamaan opinnäytetyömme selkokielellä, jotta asiasta tietämätön ymmärtää lukemansa.

Tässä työssä oli hyötyä parista, sillä haastateltavien vastauksiin saatiin laajempi näkökulma ja tulkitseminen tapahtui kokonaisvaltaisemmin. Tutkijat vertasivat ajatuksiaan ja haastoivat toisen näkökulmaa, jolloin omat henkilökohtaiset mielipiteen ja taustatiedot eivät vaikuttaneet analysointiin. Tutkimusta ei voida toistaa täysin samoin tuloksin, sillä haastattelut käsittelivät haastateltavien omia kokemuksia kivunhoidosta Länsi-Pohjan keskussairaalan kipupoliklinikalla.

8.3 Yleispohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kerätä kroonisen selkäkipupotilaan kokemuksia kivunhoidon ohjauksesta Länsi-Pohjan keskussairaalan kipupoliklinikalla. Tavoitteena oli selvittää kroonisen kipupotilaan kivunhoidon ohjauksen laatu potilaan näkökulmasta. Saimme selvitettyä asiakkaiden omia kokemuksia kivunhoidon ohjauksesta ja saimme kehitysehdotuksia tulevaisuutta varten. Opinnäytetyön tehtävänä oli saada palautetta kivunhoidon ohjauksesta teemahaastattelun avulla. Haastateltavat antoivat arvokasta tietoa omien kokemusten perusteella. Teoria ja haastattelun perusteella saadut tutkimustulokset kulkevat melko pitkälti käsi kädessä.

Opinnäytetyön työstäminen alkoi meillä eri aikoihin ja päätimme tehdä yhteisen opinnäytetyön melko myöhään. Opinnäytetyön tekeminen oli positiivinen kokemus parin löydyttyä. Kummatkin kokivat, ettei opinnäytetyöstä tule riittävän hyvä

yksin tehdessä, joten päätimme tehdä sen yhdessä. Emme kuitenkaan koe, että omien opinnäytetöiden työstäminen olisi ollut turhaa, vaan hyödynsimme jo löytämäämme tietoa tässä työssä. Yksin työskentely auttoi hahmottamaan, mitä opinnäytetyöltä vaaditaan.

Opinnäytetyötä työstimme joulukuun 2015 puolesta välistä lähtien yhdessä, jolloin haimme teorian tietoa läpi joululoman. Jos meillä olisi ollut enemmän aikaa työstää opinnäytetyötä, olisimme saaneet haastateltua lisää henkilöitä ja näin saaneet luotettavampia tuloksia. Haastattelut tapahtuivat maaliskuun 2016 alussa yhdessä päivässä. Litterointiin meni aikaa useampi päivä kuin arvelimme, vaikka jaoimme haastattelut keskenämme. Meillä oli teorian tietoa melkein kaikkiin aiheisiin liittyen, mutta jouduimme hakemaan lisää tietoa eri aihe-alueista, joita nousi haastatteluissa esille. Tietoa etsimme laajasti eri lähteistä. Haimme artikkeleita, kirjoja ja internetlähteitä sekä yhdessä että erikseen. Otimme erikseen etsimämme tiedon käsiteltäväksi ja loimme yhdessä lähdesynteesin.

Opinnäytetyömme tehdessämme opimme paljon uutta sekä kivusta, sen hoidosta, että kivunhoidon ohjaamisesta. Saimme myös lisää tietoa lääkkeettömästä kivunhoidosta ja niiden hyödyistä. Myös haastattelut valaisivat ja konkretisoivat teorian tietoa. Kivun ja liikunnan välisistä tutkimuksista käy ilmi, että monessa tapauksessa kipu ja kivun kroonistuminen voidaan joko ehkäistä tai kipua voidaan lievittää. Haastatteluiden perusteella myös he kokivat liikunnan auttavan tietyissä tilanteissa. Tämä tutkimus on siis samoilla linjoilla muiden tutkimusten kanssa.

Opinnäytetyön tekemisessä olemme kohdanneet monia haasteita, jotka olemme kyenneet ratkaisemaan. Opinnäytetyön työstäminen on ollut välillä ajallisesti haastavaa, sillä olemme tehneet osan opinnäytetyöstä eri paikkakunnilla ja yhdessä työstäminen on tuottanut siitä johtuen haasteita. Yksi haastateltavistamme perui viime hetkellä haastattelun äkillisen sairastumisen takia ja jouduimme päättämään, miten jatkamme. Ongelmanratkaisutaitojen kehittyminen on auttanut meitä hoitajuuteen kasvussa.

Sairaanhoitajan työssä kipupotilaita näkee päivittäin ja tämän opinnäytetyön myötä meille on syntynyt käsitys siitä, miten heitä voi auttaa. Ohjausta on tutkittu

paljon, mutta se on haasteellista, sillä kokemuksia on vaikea verrata toisiinsa. Ohjaus on niin keskeinen osa-alue hoitotyötä, että sitä on vaikea erottaa muusta hoidosta (Lipponen 2014, 18). Tämä luo haasteita myös tutkimiselle.

Kivun hoidossa ihmistä on hoidettava kokonaisvaltaisesti; psyykkisesti, fyysisesti ja sosiaalisesti. Kokonaisvaltainen hoito toteutuu moniammatillisessa ympäristössä eri tahojen yhteistyönä. Haastatteluissa oli selkeä teema, joissa ilmeni, että haastateltavat toivoivat saavansa kipupotilaana selkeän hoitosuunnitelman ja toivoivat hoidon jatkuvuuden olevan selkeämpi. Pohdimme, että olisimme samaa mieltä heidän kanssaan, jos olisimme heidän tilanteessa. Mielestämme haastatteluiden perusteella voi sanoa, että haastateltavat antoivat ymmärtää, että heillä itsellä on paljon ajankohtaista tietoa ja taitoa hoitaa kipua ja auttaa toisia samassa tilanteessa.

Kivunhoito on suuri osa sairaanhoitajan työtä ja eettiset näkökulmat on huomioitu opinnäytetyötä tehdessä. Haastattelun tilaksi olisimme valinneet yksityisen huoneen, jotta asiakkaiden yksityisyys säilyy, mutta haastateltavien kanssa sovittiin haastattelupaikaksi kahvila, jossa yksityisyyttä ei voitu täysin taata. Yksityisyyden suojaamiseksi Länsi-Pohjan keskussairaalan kipupoliklinikan asiakkaille annetaan kirjain nimen käytön sijaan

LÄHTEET

- Angel, S., Jensen, L. D., Gonge, B. K., Maribo, T. & Schiøttz-Christensen, B. & Buus, N., 2012. Patients' interpretations of a counselling intervention for low back pain: A narrative analysis, *Journal of Nursing Studies*, 784–792.
- Anttila, M., Kukkola, L., Mattlar, R., Moilanen, S., Risteli-Ahola, T., Haapsaari, N, Koivikko, S. & Verronen, T., 2006. Omaisten ohjaus.
- Asumispalvelusäätiö ASPA, 2010. Vertaistoiminta kannattaa.
- Breivik H., Collett B. & Ventafridda V. & Cohen R. & Gallacher D., 2006. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment, *European Journal of Pain* 10 (4), 287-333.
- Budge, C., Carryer, J. & Boddy, J., 2012. Learning from people with chronic pain: message from primary care practitioners, *Journal of Primary Health Care* 4(4), 306-312.
- Djupsund, C., 2010. Löydä omatarinasi -ryhmämalli – Ammatillisesti ohjatut vertaistukiryhmät nurille ja nuorille aikuisille – Ryhmänohjaajan opas. Suomen mielenterveysseura.
- Halme N., Paavilainen E. & Åstedt-Kurki P. 2007. Aikuisen perheenjäsenen kohtaaminen sairaalassa –kirjallisuuskatsaus. *Tutkiva hoitotyö* 1, 18-24.
- Hammarlund, C-O., 2010. Kriisikeskustelu – kriisituki, jälkipuinti, stressin ja konfliktien käsittely. 2. päivitetty painos. Tietosanoma Oy, Helsinki.
- Hankonen, A., Kaarlela, E., Palosaari, T., Pinola, K., Säkkinen, M., Tolonen, A. & Virola M. 2006. Vuorovaikutus ohjaussuhteessa.
- Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M., 2014. *Mieli ja terveys*. 4. uudistettu painos. Edita.
- Heiskanen S., 2005. MS-potilaiden tarvitsema ja saama emotionaalinen tuki sairastumisen alkuvaiheessa, *Hoitotiede* 17(2), 59-68
- Herrala, H., Kahrola, T. & Sandström, M., 2008. *Psykyfyysinen ihminen*. 1. painos. WSOY.
- Hoitotyön suositus, 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö. Hoitotyön suositus (online). Hoitotyön Tutkimussäätiön asettama työryhmä. Helsinki: Hoitotyön Tutkimussäätiö.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H., 2001. *Tutkimushaastattelu, Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. 1. painos. Yliopistopaino, Helsinki.
- 2009. *Tutkimushaastattelu, Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. 2. painos. Yliopistopaino, Helsinki.

- 2011. Tutkimushaastattelu. 3. painos. Tallinna Raamatutrükikoda.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P., 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu.

- 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Kariston Kirjapaino Oy.

Iso-Kivijärvi, M., Keskitalo, O., Kukkola, K., Ojala, P., Olsbo, A. Pohjola, M. Väänänen, H. 2006. Hyvä potilasohjaus prosessina.

Johansson, K., Salanterä, S. & Katajisto, J., 2007. Empowering orthopaedic patients through preadmission education: Results from a clinical study, Patient Education and Counseling, 66 (1), 84-91.

Jurvelin, T., Kyngäs, H. & Backman, K., 2005. Pitkäaikaisesti sairaiden lasten vanhempien selviytymisvaatimukset, Hoitotiede 17(1), 35-42.

Juva, K., Hublin, C., Kalska, H., Korkeila, J., Sainio, M., Tani, P. & Vataja, R. (toim.), 2011. Kliininen neuropsykiatria. 1. painos. Otavan Kirjapaino Oy.

Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A., 2009. Kipu. 1. painos. Otavan Kirjapaino Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K., 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Sanoma Pro Oy.

Katko, R., 2013. Mielen kautta- KIPU Reuma-lehti, 4.

Koelling, T., Johnson, M., Cody, R. & Aaronson, K., 2005. Discharge Education Improves Clinical Outcomes in Patients with Chronic Heart Failure, American Heart Association Circulation, 111, 179-185.

Kovasiipi, K., 2013. Fyysinen kipu ja mielen kipu kietoutuvat toisiinsa. Niveltieto 3, 12-14.

Kujala, U., 2016. Liikunta kroonisesti sairaan apuna, <https://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/itsenaisen-elaman-tuki/vertaistuki#viit1>. Hakupäivä 5.4.2016.

Kylmä, J. & Juvakka, T., 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1. painos. Edita Prima Oy, Helsinki.

Kyngäs, H. & Hentinen, M., 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. 1. painos. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Kyngäs, H. & Kääriäinen, M., 2006. Ohjaus – tuttu, mutta epäselvä käsitys, Sairaanhoitaja 10/2006.

Kyngäs, H., Käärinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T., 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1. painos. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Käypä hoito -suositus, 2015. Kipu. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks-set/suositus?id=hoi50103>. Hakupäivä 16.4.2016.

Lefebvre, H. & Levert, M.-J., 2012. The needs experienced by individuals and their loved ones following a traumatic brain injury, *Journal of trauma nursing* 19 (4), 197-207.

Lipponen, K., 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset.

Louhiala, P. & Launis, V., 2009. Parantamisen ja hoitamisen etiikka. 1. painos. Edita Prima Oy.

Mattila, E., 2011. Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. 1. painos. Tampere University Press.

Mielenterveyden keskusliitto. Vertaistoiminta. <http://mtkl.fi/palvelut/vertaistoiminta/>. Hakupäivä 8.4.2016.

Mikkonen, I., 2009. Sairastuneen vertaistuki. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 173.

Munhall, P. L., 2001. *Nursing Research: A Qualitative Perspective*, National League for Nursing. 3. painos. Jones and Bartlett Publisher, Inc.

Mäkelä, A., Ruokonen, T. & Tuomikoski, M., 2011. Hoitosuhdetyöskentely. 1. painos. Tammi.

Nikki, L. & Paavelainen, E., 2010. Läheisten hoitoon osallistuminen päivystyspoliklinikalla - kirjallisuuskatsaus, *Hoitotiede* 22(4).

Paavilainen, E., Lehti K., Åstedt-Kurki, P. & Tarkka, M-T. 2006. Family functioning assessed by family members in Finnish families of heart patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 5(1), 54-59.

Potinkara, H., 2004. Auttava kanssakäyminen – substantiivinen teoria kriittisesti sairaan potilaan läheisen ja hoitavan henkilön välisestä yhteistyöstä, Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos, Akateeminen väitöskirja.

Ranivoharioa, E. M., Chauveau, P., François, V., Nazaris, C., Arnautou, J. & Merville, P., 2015. Consultation infirmière et diététique de proximité : quel intérêt pour les malades rénaux chroniques ? *Néphrologie & Thérapeutique* 11 (3), 257-461.

Ranta, I., Matikainen, A., Hahtela, N. & Suurtarla, A., 2012. Sairaanhoidajan eettiset pelisäännöt. Hoitotyön vuosikirja 2012. Bookwell Oy.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A., KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkojulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto, http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L1_2.html. Hakupäivä 19.11.2015.

Salanterä & Hagelberg & Kauppila & Närhi, 2006. Kivun hoitotyö. 1. painos. WSOY.

Scholz, J. & Woolf, C. J., 2002. Can we conquer pain? Neural Plasticity Research Group, Department of Anesthesia, Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, 1062-1067.

Sosiaali- ja terveysministeriö, Terveystieteiden tutkimuskeskus/ETENE, etene.fi, hakupäivä 9.4.2016.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Vertaistuki. <https://www.thl.fi/fi/web/vammais-palvelujen-kasikirja/itsenaisen-elaman-tuki/vertaistuki#viit1>. Hakupäivä 5.4.2016.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S., 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjaus tekijöille. 1. painos. Tammer-Paino Oy. Tampere.

Tutkimuksen - Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite. <http://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Tavoite-ja-tarkoitus>, Hakupäivä 20.06.2015.

Vainio, A., Kivun hallinta. 1. painos. Kustannus Oy Duodecim, 2004.

Vainio, A., 2009. Sattuu! Kroonisen kivun hallinta. 1. Painos. Kustannus Py Duodecim.

Velásquez, L. E. R., 2013. Patienters upplevelse av rehabilitering efter hjärtsjukdom – Ett fördjupad litteraturstudie, Mittuniversitetet.

Väisänen, S., 2011. Selkähelvetti – Kokemuksia ja parannuskeinoja selkäkipuille. 1. painos. Porvoo: Bookwell Oy.

Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S. & Kettunen, T., 2014. Onnistuuko ohjaus. 1. painos, Edita.

Weller, S., 2006. Terve selkä – Eroon kivuista helpolla ohjelmalla. 1. painos. Tammi, Helsinki.

Ylinen, J., Vuorenmaa, M., Paloneva, J., Kiviranta, I., Oikari, M. & Häkkinen, A., 2013. Exercise therapy is evidence-based treatment of shoulder impingement syndrome – Current practice of recommendation only, European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine 49, 499-505.

LIITTEET

- Liite 1. Kirje asiakkaille
- Liite 2. Teemahaastattelun runko
- Liite 3. Tutkimuslupahakemus
- Liite 4. Toimeksiantosopimus

Liite 1

Hei sinä selkäkipuinen!

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Lapin Ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä ***Kroonisen selkäkipupotilaan kokemuksia kivunhoidon ohjauksesta.*** Etsimme vapaaehtoisia haastateltavia työtämme varten. Haastattelu kestää noin 20–30 minuuttia. Tavoitteenamme on kartoittaa asiakkaiden kokemuksia saamastaan ohjeistuksesta sairaanhoitajan vastaanotolla Länsi-Pohjan keskussairaalan kipupoliklinikalla.

Jos kiinnostuit, ota meihin yhteyttä! Tarjoamme osallistujille kiitokseksi pullakahvit.

Ystävällisin terveisin,

Nadja Niva: 040*****02 / nadja.niva@edu.lapinamk.fi

&

Roosa Teppola: 045*****87 / roosa.teppola@edu.lapinamk.fi

Liite 2

Teemahaastattelun runko

Taustatiedot

1. Minkä ikäinen olet?
2. Käytkö töissä/rajoittaako kipu työntekoa?
3. Kuinka kauan sinulla on esiintynyt kroonista selkäkipua?
4. Mikä aiheutti selkävun?
5. Kuinka kauan olet ollut Länsi-pohjan keskussairaalan kipupoliklinikan asiakas?

Ohjaustilanne

1. Kuinka usein käyt sairaanhoitajan vastaanotolla ohjauksessa? Onko se tarpeeksi usein?
2. Käytkö ohjauksissa yksin vai omaisen/perheenjäsenen kanssa? Pääseekö omainen mukaan halutessaan? Saatko omaisilta tukea?
3. Koetko ohjaustilanteiden olevan merkityksellisiä psyykkiselle hyvinvoinnillesi?
4. Oletko tyytyväinen ohjaustilanteisiin sairaanhoitajan vastaanotolla? Saatko tarpeeksi tukea ja ohjausta sairaanhoitajalta ohjaustilanteessa?
5. Minkälaisia ohjeita saat ohjauksen jälkeen mukaan? Ovatko ne tarpeeksi selkeät? Saatko konkreettista materiaalia?
6. Pääsetkö mielestäsi tarpeeksi nopeasti vastaanotolle kun tarvitset ohjausta?
7. Minkälainen ohjaustilanne olisi mielestäsi ihanteellinen?
8. Miten vastaanottojen ohjaustilanteiden toimintaa voitaisiin kehittää mielestäsi?

Liite 3 1(2)

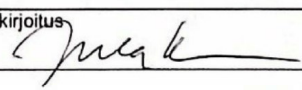
OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Hakijan / hakijoiden henkilötiedot	Nimi	Henkilötunnus	
	Roosa Teppola	220392-124B	
	Nadja Niva	111188-158S	
	Katuosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
	Varpukuja 7	95410	Tornio
	Keskikatu 2 B 26	95400	Tornio
	Puhelin	Sähköpostiosoite	
	045-6560987	roosa.teppola@edu.lapinamk.fi	
	040-5860502	nadja.niva@edu.lapinamk.fi	
	Tutkimuslaitos, oppilaitos tai muu yhteisö	Hakijan tehtävä/virka-asema	
	Lapin AMK	Opiskelija	
Opinnäytetyön ohjaaja(t)	Nimi	Oppiarvo ja ammatti	
	Aija Lämsä	Tuntiopettaja	
	Elli Peteri	Lehtori	
	Toimipaikka ja osoite		
	Lapin AMK, Meripuistokatu 26, 94100 Kemi		
	Puhelin	Sähköpostiosoite	
	050 461 1633	aija.lamsa@lapinamk.fi	
	050 310 9351	elli.peteri@lapinamk.fi	
Toimeksiantaja	Toimeksiantaja		
	Länsi-Pohjan keskussairaala, Kipupoliklinikka		
	Yhteystiedot		
Päiväys ja allekirjoitus	Paikka ja päivämäärä	Allekirjoitus	
	Tornio 15/01/2016		
Luvan myöntäminen	<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään	<input type="checkbox"/> Tutkimuslupa evätään	
	Perustelut		
Päiväys ja allekirjoitus	Paikka ja päivämäärä	Allekirjoitus	
	Kemi 26.1.16	Jouko Kurusu	
	Myöntämisen ehdot	Jouko Kurusu Johtajayhteistyön johtaja LPSHP	
	Myöntämisen ehdot		
	<input type="checkbox"/> Hakijan tulee toimittaa valmis raportti ja tarvittaessa tutkimuksen tulokset suullisesti		
	<input type="checkbox"/> Hakija vastaa kustannuksista itse, ellei toisin sovita		
	<input type="checkbox"/> Muu ehto		
Päätöksestä tiedottaminen	<input type="checkbox"/> opinnäytetyön hakijalle/ hakijoille <input type="checkbox"/> ohjaaville opettajille <input type="checkbox"/> yksiköille, jota luvan myöntäminen koskee <input type="checkbox"/> jokin muu, kuka?		

Liite 3 2(2)

OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Opinnäytetyösuunnitelman tiivistelmä

Tutkinto, johon tutkimus sisältyy	Sairaanhoitaja (AMK)
Opinnäytetyön tekijät tekijä(t)	Roosa Teppola Nadja Niva
Opinnäytetyön nimi	Kroonisen selkäkipupotilaan kokemuksia kivunhoidon ohjauksesta
Opinnäytetyön tausta	-
Opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja mahdolliset tutkimus-ongelmat	Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kroonisen selkäkipupotilaan kokemuksia kivunhoidon ohjauksesta. Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää kroonisen kipupotilaan kivunhoidon ohjauksen laatua potilaan näkökulmasta. Opinnäytetyön tehtävä on selvittää, minkälaisena asiakkaat kokevat kivunhoidon ohjauksen Länsi-Pohjan keskussairaalan kipupoliklinikalla.
Opinnäytetyön alustava aikataulu	Opinnäytetyötä työtetään tammi- huhtikuussa 2016. Teemahaastattelut tehdään sopimuksen mukaan kipupoliklinikan asiakkaiden kanssa tammi-helmikuussa 2016.
Tarvittaessa opinnäytetyön rahoitus, rahoittajat ja budjetti	-
Päiväys ja allekirjoitus	Paikka ja päivämäärä Tornio 15/01/2016
	Allekirjoitus 

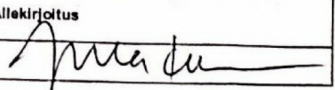
☐ Liitteenä hyväksytty opinnäytetyösuunnitelma (tarvittaessa)

 Juhana Kurusu
 LPSHP
 Juhana Kurusu

Liite 4

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Tämä sopimus soveltuu käytettäväksi ainoastaan sellaisten opinnäytetöiden yhteydessä, joita ei toteuteta ammattikorkeakoulun ulkopuolisen rahoituksen hankkeessa.

Toimeksiantaja	Nimi (esim. yritys) Läns-Pohjan keskussairaala Yhteystiedot (yhteyshenkilö, puhelin, sähköposti) Maaret Rask maaret.rask@lpshp.fi 040-7716319		
Tekijä	Työn aihe Kroonisen selkäkipupotilaan kokemuksia kivunhoidon ohjauksesta		
	Nimi Nadja Niva Roosa Teppola	Opiskelijanumero K1350079 K1350169	
	Katuosoite Keskikatu 2 B 26 Varpukuja 7	Postinumero 95400 95410	Postitoimipaikka Tornio Tornio
	Puhelin 040-5860502 045-6560987	Sähköpostiosoite nadja.niva@edu.lapinamk.fi roosa.teppola@edu.lapinamk.fi	
	Suorittava tutkinto Sairaanhoidtaja (AMK)	Ryhmätunnus 5AMK40SH	
Lapin AMK	Yhteyshenkilön nimi (ohjaaja) Aija Lämsä Elli Peteri	Tehtävänimike Tuntiopettaja Lehtori	
	Toimipaikka ja osoite Lapin AMK, Meripuistokatu 26, 94100 Kemi		
	Puhelin 050 461 1633 050 310 9351	Sähköpostiosoite aija.lamsa@lapinamk.fi elli.peteri@lapinamk.fi	
	Toimeksiantosopimuksen ehdot		
Ohjaus	Ohjaava opettaja valvoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämiä ohjeita ja neuvoja. Ammattikorkeakoulu ja opettaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.		
Dokumentointi	Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt ovat julkisia. Työstä laaditaan ammattikorkeakoulun opinnäyteohjeen mukainen kirjallinen esitys, josta toimitetaan yksi kansitettu kappale ammattikorkeakoulun kirjastoon tai julkaistaan sähköisessä muodossa Theseus-verkkokirjastossa. Työ arkistoidaan oppilaitoksella sekä tulostettuna että sähköisessä muodossa.		
Oikeudet	Opinnäytetyön tekijänoikeudet kuuluvat tekijälle. Toimeksiantaja saa rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin opinnäytetyön valmistuttua. Ammattikorkeakoululla on jatkuvasti voimassa oleva oikeus käyttää tuloksia omassa opetus- ja TKI-toiminnassaan. Sopijapuolilla on mahdollisuus sopia muista opinnäytetyön tuloksia koskevista oikeuksista kuitenkin niin, että tämän sopimuksen nojalla ammattikorkeakoulun saamat oikeudet säilyvät voimassa.		
Keksinnöt	Jos tekijä on osallisena keksintöön, joka patentoidaan, mainitaan hänet yhtenä keksijöistä. Mahdollisesta keksintökorvauksesta sovitaan erikseen noudattaen ammattikorkeakoulun tai toimeksiantajan keksintöohjeen linjauksia. Opinnäytetyön tai sen osan julkaiseminen tai hyödyntäminen ei saa vaarantaa sen tai sen osan suojaamista patentilla tai hyödyllisyysmallilla.		
Vastuut	Opinnäytetyön tulos toimitetaan sellaisena kuin se on. Tekijä tai ammattikorkeakoulu eivät anna tulokselle takuuta eivätkä vastaa sen soveltuvuudesta toimeksiantajan tarpeisiin. Sopijapuolet ovat vastuussa toisilleen sopimusrikkomuksen aiheuttamista välittömistä vahingoista. Vastuun syntyminen edellyttää tahallaan tai törkeällä huolimattomuudella aiheutettua sopimusrikkomusta.		
Lisäksi sovitaan			
Salassapito	Ohjaavilla opettajilla ja opinnäytetyön tekijöillä on salassapitovelvollisuus työn aikana esille tulleisiin luottamuksellisiin asioihin. Toimeksiantajan tulee tarkistaa, että julkaistava opinnäytetyö ei sisällä salassa pidettävää aineistoa. Tarvittaessa käytetään toimeksiantajan erillistä salassapitosopimusta.		
	Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) samansisältöistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään opinnäytetyösuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjoitushetkellä.		
	Palkka ja päivämäärä	Allekirjoitus	
Toimeksiantaja			

 LPSHP
 Juhani Kuitunen
 Juhani Kuitunen